

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° 247

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 30 mai 1908, à 1 heure

Par L. SAINT-JEAN

Contribution à l'étude

DES

DÉCHIRURES DU COL PROPAGÉES

AU

SEGMENT INFÉRIEUR

Président : M. P. BAR, professeur.

*Juges : { MM. RAYMOND et HUTINEL, professeurs.
BRINDEAU, agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

88 Rue Monsieur-le-Prince 88

1908

247

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 30 mai 1908, à 1 heure.

Par L. SAINT-JEAN

Contribution à l'étude

DES

DÉCHIRURES DU COL PROPAGÉES

AU

SEGMENT INFÉRIEUR

Président : M. P. BAR, professeur.

*Juges : { MM. RAYMOND et HUTINEL, professeurs.
BRINDEAU, agrégé.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	QUENU.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	G. BALLET.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÖEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABRE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE ET A MA TANTE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR COUDERT

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
(Toulouse)

M. LE PROFESSEUR CAUBET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RISPAL

MÉDECIN DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR CESTAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE PARIS

M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY

MÉDECIN DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR CATHALA

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

M. LE DOCTEUR LAPOINTE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer, lorsque nous étions moniteur à la clinique Tarnier, deux déchirures du col propagées au segment inférieur, que MM. Lepage et Coudert ont traitées par la suture, faite par le vagin. M. Coudert attira notre attention sur l'heureux résultat obtenu dans les deux cas ; nous lui devons notre sujet de thèse. Nous sommes heureux de pouvoir lui adresser publiquement l'hommage de notre reconnaissance.

Nous nous proposons d'étudier les déchirures du col propagées au segment inférieur, que l'on peut suturer par la voie vaginale. Aussi devons-nous, avant tout, délimiter celles qui peuvent ressortir à ce genre de traitement.

M. Doléris, dans les déchirures du col, établit quatre catégories. Dans la première rentrent les simples débridements de l'orifice externe ; la deuxième est constituée par les déchirures de toute la portion sous-vaginale du col ; à la troisième appartiennent

celles qui dépassent l'insertion du vagin, remontent sur la portion sus-vaginale, et empiètent sur le segment inférieur ; de la quatrième relèvent celles qui divisent les couches de l'utérus, et s'étendent à l'abdomen.

Nous laisserons ces dernières de côté. Elles sont mécaniquement comparables aux précédentes, puisqu'il n'existe entre elles qu'une différence de degré ; mais elles sont trop étendues et trop graves ; elles réclament le même traitement que les ruptures de l'utérus, et nous les considérerons comme telles.

Nous étudierons seulement celles qui sont comprises dans la troisième catégorie de M. Doléris. Elles sont intéressantes, car elles forment une transition entre la déchirure du segment sous-vaginal, généralement peu grave, et la rupture de l'utérus.

Nous ferons un exposé rapide sur l'anatomie pathologique de ces lésions ; elle ressemble à celle de la rupture utérine, remarquablement étudiée dans la thèse de M. Sauvage. Nous n'insisterons pas longtemps sur la symptomatologie et le diagnostic ; nous réserverons un chapitre plus important aux causes de ces déchirures, et nous étudierons en dernier lieu le traitement de ces lésions.

Dans plusieurs de nos observations sur la suture par voie vaginale, il s'agit de rupture de l'utérus, et non de déchirure du col propagée au segment inférieur. Quoique nous pensions qu'un utérus rompu doit être enlevé, dans la majorité des cas, nous avons cru bon de rapporter ces observations, pour deux

raisons : d'abord, nous n'avons pas trouvé, malgré nos efforts, beaucoup de cas de déchirure cervico-segmentaire suturée par le vagin ; ensuite, la suture d'une rupture utérine vient fournir un appoint de plus à la possibilité de la suture du col et du segment inférieur, car « qui peut le plus peut le moins » .

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Il est classique de diviser les ruptures de l'utérus en ruptures spontanées et en ruptures traumatiques ; nous adopterons la même division pour les déchirures du col propagées au segment inférieur.

Ces lésions sont moins rares que les ruptures de l'utérus, qui d'après Jolly s'observeraient une fois sur 3.400 accouchements.

Il serait difficile d'établir une statistique sur la fréquence des déchirures du col étendues à l'utérus ; car elles doivent exister beaucoup plus souvent qu'on ne le croit ; elles peuvent passer inaperçues, surtout chez la primipare, et, dans ces cas, l'attention de l'accoucheur n'est attirée par aucun symptôme important.

Toute femme qui accouche peut y être exposée, mais ces lésions semblent se produire plus fréquemment chez la *multipare* ; elle a, en effet, un passé génital, et, le nombre et l'étendue des déchirures augmentent avec le nombre des accouchements ; nous pou-

vons à ce sujet, rappeler le mot de Cazeaux : « Les grossesses usent le col. » Il est facile de déduire de cela que la gravité ne sera point la même chez la primipare et chez la multipare.

I. — **Causes non traumatiques.** — Étudions les causes non traumatiques des déchirures du col propagées au segment inférieur.

Nous pouvons les grouper en :

a) causes fœtales,

b) et causes maternelles.

A). — **CAUSES FŒTALES.** — Parmi les premières on a accusé, à juste titre, il est vrai, mais peut-être un peu trop souvent, *les fœtus volumineux*. Pflieger, dans sa thèse, rapporte l'observation d'une déchirure du col propagée jusqu'à l'orifice interne. L'accouchement d'un enfant de 5.200 grammes fut suivi d'une hémorragie abondante, avec symptômes d'anémie aiguë.

De plus, les gros fœtus sont quelquefois une cause de dystocie, et des déchirures traumatiques peuvent en résulter.

Les lésions cervico-segmentaires peuvent s'observer après l'expulsion d'un fœtus de faible volume. Ceci ne saurait nous étonner ; il se passe alors au niveau du col ce qui a lieu pour les déchirures du périnée, qui relèvent plus souvent de l'expulsion et du dégagement d'une tête petite et insuffisamment contenue, que de la dilatation lente et progressive des tissus, par une tête volumineuse. Dans ce cas, les déchirures du col se produisent parce que la femme pousse avant la dilatation complète. Varnier

dans la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie* de 1902, rapporte l'observation d'une déchirure longitudinale du côté gauche du col et du segment inférieur, paraissant remonter jusqu'à l'anneau de contraction ; elle était survenue chez une multipare de 35 ans, après l'expulsion spontanée d'un fœtus mort-né de 1080 grammes. L'hémorragie externe était inquiétante et la laparotomie sous-ombilicale révéla l'infiltration des ligaments larges droit et gauche, et la rupture de l'artère utérine gauche.

M. Potocki a observé à la Maternité une rupture étendue du col, avec un enfant de 1.200 grammes « Le travail fut rapide, dit-il, et il avait été impossible d'empêcher la femme de pousser, avant la dilatation complète ».

Les malformations fœtales et l'hydrocéphalie notamment ne sont généralement pas des causes de déchirures du col étendues. On connaît la place importante que tient cette dernière dans les ruptures de l'utérus ; mais alors la tête n'est pas engagée ; dans les déchirures spontanées du col au contraire il est nécessaire qu'elle le soit fortement.

B). — CAUSES MATERNELLES. — Les causes maternelles sont beaucoup plus nombreuses. Le col se déchire spontanément lorsque l'équilibre qui existe entre la contraction utérine et la dilatation du col est détruit. Il peut l'être de deux façons : soit qu'il y ait excès des contractions du corps de l'utérus, soit qu'il y ait une résistance anormale à l'effort utérin, opposée le

plus souvent par le col lui-même. L'excès des contractions ne saurait suffire à lui seul, car il faut que la dilatation soit physiologiquement incomplète, comme dans les cas de Varnier et de M. Potocki, soit pathologiquement ; et ceci nous conduit à traiter de la résistance anormale à l'effort utérin, opposée par le col malade.

Mais la dilatation peut être interrompue dans sa marche progressive, par des causes qui relèvent du travail lui-même. Il est d'observation courante qu'un travail prolongé, une présentation postérieure et mal fléchie, s'accompagnent assez souvent d'un *œdème du col*. Cette complication, qui mérite à peine ce mot dans la majorité des cas, peut être quelquefois une cause de déchirure grave. Si cet œdème est volumineux au point de devenir irréductible, les tissus cèdent au moment du passage de la tête ; d'autres fois la compression se prolonge et un « thrombus du col » peut en être le résultat. Il peut se rompre et produire une hémorragie d'autant plus grave, que cette rupture sera l'amorce d'une déchirure remontant vers l'abdomen.

Nous retrouverons cet œdème parmi les causes traumatiques, lorsque nous parlerons du forceps ; car les déchirures graves se rencontrent surtout à la suite de son application, dans les cas d'œdème.

L'allongement hypertrophique du segment vaginal du col, dont la fréquence n'est pas grande, peut-être parce qu'il est une cause de stérilité, a une certaine parenté avec l'œdème ; car à cause de la gêne

circulatoire, il se produira un allongement œdémateux du col. D'ailleurs l'œdème du col lorsqu'il s'installe chroniquement et que ses parois durcissent, est, comme le dit M. Potocki, la lésion qui a été le plus souvent confondue avec l'hypertrophie. On comprend comment l'accouchement spontané, parfois laborieux, peut dans ces cas s'accompagner de déchirure. Certaines fois, à cause de la rigidité des tissus, l'obstacle peut porter sur toute la hauteur du col, et, comme dans un cas de Benicke, nécessiter des interventions; d'où déchirures possibles.

La rigidité dite spasmodique ne nous retiendra pas longtemps. Les différentes théories qui cherchent à l'expliquer (spasmes de l'orifice externe, « rétraction du col et du segment inférieur », conséquence de la tétanisation de l'utérus, ou encore de l'inertie), le doute même de son existence (Hofmeier), prouvent suffisamment que l'accord à son sujet est loin d'être fait. Il est néanmoins un moment où le col peut se rompre. Voici comment se comporte le col d'après Varnier (*Annales de gynécologie*, 1887). Dans une première période, il se contracte et lutte contre la contraction utérine. L'orifice se resserre. Puis le muscle utérin l'emporte; l'orifice ne se resserre plus, mais il n'est pas dilaté. Enfin la dilatation se fait.

C'est pendant la deuxième période que la déchirure peut se produire, lorsque le col ne lutte plus, mais n'est pas dilaté; ceci nous ramène à l'expulsion avant la dilatation complète.

La rigidité dite anatomique est plutôt une cause de rupture transversale du col, comme le prouve une observation de M. Wallich. Mais les déchirures longitudinales, parties de l'orifice externe, sont loin d'être rares, et M. Demelin nous dit dans sa thèse de doctorat, que le segment inférieur : « Moins élastique est devenu plus friable ; et l'on sait avec quelle facilité se font les fissures qui, de l'orifice externe, gagnent le segment inférieur. »

L'infiltration fibromateuse, en gênant la dilatation, peut être une cause de déchirure.

Le cancer du col, dans ses différentes formes, cancer végétant, ulcéreux, ou anneau squirrheux, aura, mais poussées à un plus haut degré, les mêmes conséquences. « Si les contractions utérines sont fortes, nous dit Treub, elles amèneront l'expulsion du fœtus au prix de l'arrachement antérieur de grands lambeaux du cancer, ou de fortes déchirures des tissus, utérin, para-utérin ou vaginal ; ou bien elles provoqueront une rupture utérine. » Mais, comme le fait d'ailleurs remarquer le même auteur, il n'en est pas toujours ainsi ; bien souvent les contractions utérines ne sont point fortes, et ceci n'est guère préférable ; car c'est un acheminement vers le *missed labour* des auteurs anglais (travail manqué) ; quelques heureuses fois on observe un certain degré de ramollissement du col qui favorise la dilatation ; celle-ci se fait naturellement aux dépens des parties saines.

Mais souvent l'action de ce ramollissement de la fin de la grossesse et du travail vient s'ajouter au

ramollissement du cancer lui-même. La déchirure, nous enseigne M. le professeur Bar, dans sa thèse d'agrégation, peut se produire de deux façons : ou lente, comme dans l'observation de M^{me} Lachapelle, qu'il rapporte ; ou rapide : « Le col résiste pendant longtemps, puis tout à coup la déchirure se fait, et un accouchement qui paraissait se prolonger pendant de nombreuses heures se termine en quelques instants. »

Les *scéroses inflammatoires* du col que M. Doléris ramène à trois formes (forme de la suppuration banale, forme blennorrhagique, forme puerpérale) peuvent suffisamment influencer la texture de l'organe pour devenir une cause de rigidité. Si les déchirures du col ont été assez fréquemment notées chez les femmes atteintes d'endo-cervicite même bénigne au cours de la grossesse, c'est parce que « la rigidité du col dans ce cas, dit Bennet, s'accompagne d'une friabilité insolite, d'où la rupture. »

La *syphilis du col* peut être, en gênant la dilatation au point de la rendre impossible dans certains cas, une cause de déchirure. Le col peut être atteint à toutes les périodes de la syphilis. Le chancre du col, qui siège le plus souvent, et pour des raisons mécaniques, à la lèvre antérieure, ne s'étend généralement pas sur tout le pourtour du col. Il ne donne lieu le plus souvent qu'à une induration passagère, suffisamment limitée pour que la dilatation puisse se faire aux dépens du tissu sain. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; car « la grossesse est une complica-

tion de la vérole » a dit Fournier, et en feuilletant les observations de chancres du col, qui ont arrêté ou compliqué le travail, on est frappé par les termes qu'ont employés les auteurs pour caractériser ce chancre. Il s'agit d'hypertrophie dure, de sclérose, de bride inextensible, d'induration cartilagineuse, ligneuse.

Plus grave encore est la sclérose syphilitique secondaire; car elle ne se contente pas de siéger sur une lèvre du col, ou de s'étendre sur tout le col lui-même; elle envahit fréquemment le segment inférieur, et constitue ainsi un « syphilome cervico-segmentaire ». Ces volumineux placards, de consistance cartilagineuse, pourront céder brusquement à la poussée utérine; ils livreront passage au fœtus, aux prix de déchirures du col, qui s'étendront d'autant plus facilement au segment inférieur, que ce segment inférieur est malade.

Les lésions tertiaires ne sont pas les moins graves. Si la gomme du col n'est pas signalée par les auteurs comme cause de dystocie, et ceci peut-être parce que la vascularisation fort riche due à la grossesse gêne son évolution, il n'en est pas de même de la sclérose. Et M. Maygrier, dans ses leçons, insiste sur les dangers de la sclérose tertiaire, qui crée une sténose dangereuse, bien plus dangereuse, dit-il, que la sténose ano-rectale à laquelle on peut la comparer, quant à son processus.

On peut encore observer des dystocies du col, avec des lésions syphilitiques siégeant dans les organes génitaux, mais en dehors du col. M. Chaleix-

Vivié dans la *Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux*, en rapporte une observation curieuse :

Il s'agissait d'un chancre du vagin, chose rare, accompagné de dystocie du col. Celui-ci était aminci, tendu, et offrait tous les caractères de la rigidité spasmodique. Il ne permit le passage du fœtus que grâce à des incisions à la Dürrhsen. Cette rigidité était-elle due au voisinage du chancre syphilitique, et par un mécanisme difficilement explicable était-elle sous sa dépendance, ou bien s'agissait-il d'une simple coïncidence : rigidité spasmodique survenant chez une femme qui avait un chancre du vagin....

Parmi les causes de déchirures graves du col, nous accordons une place importante aux *cicatrices anciennes* de cet organe. Nous croyons que ce sont les plus fréquentes. Telle déchirure étendue, constatée avec surprise après un accouchement normal, ne demande pas souvent d'autre explication. Ces déchirures propagées au segment inférieur peuvent provenir d'une déchirure ancienne, même bénigne, qui n'a intéressé que la portion sous-vaginale du col. Et c'est une des principales raisons pour lesquelles cette complication survient surtout chez la multipare. Il ne faut pas toutefois se hâter d'incriminer ces anciennes lésions du col ; elles sont considérées comme normales chez la femme qui accouche pour la première fois ; et, si, dans la suite, elles devaient s'étendre, la multipare qui y échapperait serait l'exception. Nous n'accorderons donc pas à la cheville

d'Emmet, au point de vue obstétrical, l'importance que lui attribuèrent vers 1869 les accoucheurs américains. Mais si un accouchement antérieur fut dystocique, la cicatrice aura eu des chances d'être plus grande, et le rétrécissement actuel sera plus accusé. Le tissu fibreux inextensible ne saurait participer à la dilatation. Il est le point de moindre résistance, il cède sous la poussée utérine.

Ce n'est pas tout. Si une déchirure ancienne fut prolongée jusqu'au segment inférieur, elle aura laissé une cicatrice étendue. Cette déchirure aura pu passer inaperçue chez une primipare, ne se trahissant pas par une hémorragie abondante ; car chez la primipare le paramétrium est souple, il fuit devant la lésion, et le pédicule vasculaire échappe ainsi à la déchirure. Mais qu'un nouvel accouchement survienne, et cette cicatrice pourra se rompre ; la gravité ne sera plus la même. Le paramètre n'a plus sa souplesse normale, et la cicatrice joue le rôle, à l'égard des vaisseaux, d'un lien qui les empêchent de fuir le danger. Comme le dit le professeur Bar dans les *Annales de la Société Obstétricale de France* de 1905 : « Ces cicatrices forment des écrans, en quelque sorte, qui limitent l'étalement et le glissement des lames musculaires ; elles sont des points de rupture. Ce qui se produit au niveau du col se produit également dans le paramétrium : les cicatrices qui se sont avancées dans le tissu cellulaire entravent tout glissement, et quand une rupture se produit, elle avance profondément. »

Dans la même séance de la Société Obstétricale, le professeur Bar en rapporte deux observations fort instructives.

A côté de ces cicatrices dues à des accouchements antérieurs, nous placerons celles qui dépendent d'une opération pratiquée sur le col, telles que la stomatoplastie du professeur Pozzi, l'opération de Schröder, etc., lorsqu'elles sont mal conduites; ou celles occasionnées par les cautérisations intra-utérines, faites sans précautions : chlorure de zinc, caustique de Filhos, etc.

II. — **Causes traumatiques.** — John Fergusson, en 1884, étudia les déchirures du col chez divers animaux ; et, dans une statistique curieuse, il ne trouva que 6 déchirures sur 287 cas. Chez la femme, il observa 27 déchirures sur 33 cas, dans lesquels on avait été obligé d'intervenir, et une seule déchirure chez 29 primipares qui ont accouché spontanément. Il en conclut que la déchirure était due à l'intervention.

Sans être aussi catégorique que cet auteur, nous sommes obligés de reconnaître que la déchirure traumatique est plus fréquente que la déchirure spontanée. Et ceci se conçoit sans peine, car le col est exposé à être déchiré, et avec lui le segment inférieur, dans la majorité des interventions.

Le *forceps* a causé plusieurs méfaits ; et cela d'autant plus que son application est plus difficile. Dans l'observation que rapporte Perret (*Obstétrique*, 1906), il y eut à la suite d'une application de *forceps* au

D. S., une rupture étendue du côté gauche du col et une déchirure du cul-de-sac vaginal.

Si l'on est obligé, dans certains cas, de faire une application de forceps avec une dilatation incomplète, la déchirure sera à redouter parce que la dilatation n'est pas complète et que l'application est plus difficile. On a l'occasion relativement fréquente, d'appliquer le forceps dans ces conditions, lorsqu'il existe un œdème du col ; la souffrance du fœtus, ou la longueur de l'accouchement peuvent commander l'intervention. L'observation VII en est un exemple. Il n'est point étonnant que le tissu œdémateux se déchire ; il est inextensible puisqu'il est infiltré, particulièrement épais ; il est de plus très friable. Nous verrons en étudiant la symptomatologie que les déchirures d'un col œdémateux ont un aspect clinique particulier. Au point de vue du traitement, disons tout de suite que la suture est très efficace dans ces cas ; le col étant épais, les lèvres de la déchirure offrent à l'aiguille une plus grande surface.

On doit apporter une extrême prudence dans les prises obliques sur une tête haute ; car, comme le font remarquer Budin et Demelin, « les cuillers ne reposent pas exactement à plat sur les régions de la tête qu'elles recouvrent ; un de leurs bords tend à l'attaquer de champ, tandis que l'autre s'éloigne plus ou moins de la surface avec laquelle il n'est plus en contact ». Et la partie du col qui appuie sur ce dernier bord a le maximum de chances de se déchirer ; cette déchirure s'étendra facilement, agran-

die par la traction continue, agrandie par le passage du fœtus. C'est une application de forceps au D. S., après symphyséotomie, qui déchira le col et le segment inférieur dans l'observation VIII.

Nous ne parlerons pas des lésions causées par une application aveugle, faite au petit bonheur.

Le *basiotribe* peut avoir les mêmes conséquences ; faisons remarquer qu'on l'applique plus souvent avec une dilatation incomplète.

En pratiquant la *version* on peut faire des déchirures du col soit pendant l'introduction de la main, (la prudence les fait éviter), soit pendant l'extraction du fœtus. Voici ce que dit Fristch, et cela revient au même, au sujet de l'accouchement par le siège : « C'est surtout dans le cas d'extraction du fœtus par le siège qu'on observe les hémorragies. L'orifice utérin se rétracte en effet sur le cou de l'enfant, et quand la tête, entraînée par la main introduite dans la bouche de l'enfant, ou le forceps appliqué sur elle, franchit cet orifice, il peut se produire une dilatation brusque, une déchirure étendue et consécutivement une hémorragie. »

Nous croyons, à l'encontre de Fristch, que ces lésions sont plus fréquemment causées par les manœuvres qui ont pour but une *dilatation rapide du col*, que par l'extraction du siège. Mais tous les procédés de dilatation ne sont point coupables au même degré. La dilatation manuelle est la moins dangereuse, puisque les doigts sont le meilleur appareil enregistreur. Toutefois, Budin, dans sa thèse d'agrè-

gation, rapporte un cas de déchirure du col étendue vers le haut, après dilatation de l'orifice utérin par la main, les doigts rapprochés en cône. L'autopsie révéla une déchirure de 8 centimètres d'étendue, qui, partie de l'orifice utérin, intéressait toute l'épaisseur de la matrice, jusqu'au tissu cellulaire du ligament large.

La dilatation de M. Bonnaire est préférable à toutes les autres ; « force et douceur » sont les caractères de ce procédé, dit M. Boissard. Mais lorsque l'orifice utérin est le siège d'une sténose syphilitique ou cicatricielle la déchirure est possible. M. Bar à la Société obstétricale de France en rapporte une observation démonstrative. Il s'agit d'une multipare qui eut lors de son premier accouchement une déchirure du col propagée jusqu'au segment inférieur. Une nouvelle déchirure eut lieu au même niveau après un deuxième accouchement ; les troisième et quatrième grossesses se terminèrent sans accident ; mais une cinquième fois, les membranes s'étant rompues spontanément et l'enfant se présentant par l'épaule, M. Bar fit la dilatation digitale ; il y eut une déchirure du col et du segment inférieur au même niveau que les précédentes, et la femme mourut malgré le tamponnement.

Nous n'insisterons pas longtemps sur le dilatateur de Bossi ; il n'a pas été suffisamment employé en France pour pouvoir en juger la valeur. La possibilité des déchirures et des ruptures est le gros reproche qu'on lui adresse. Après son emploi, Zangenmeister cons-

tata à l'autopsie deux longues déchirures s'étendant jusqu'au péritoine.

Les dangers de la déchirure existent aussi avec l'écarteur de Tarnier. M. Bar a vu une ailette de cet instrument blesser la paroi cervicale, et la plaie devint l'origine d'une déchirure. Grosse, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1903, rapporte à ce sujet une observation intéressante. Il semble que l'écarteur de Tarnier fut le coupable.

Voici le résumé rapide de cette observation :

V^e pare de 24 ans. Présentation céphalique ; tête très élevée ; le col étant en voie d'effacement, les membranes rompues depuis dix heures et le liquide amniotique teinté de méconium, on applique cet écarteur. Quelques temps après il y eut des symptômes d'hémorragie interne ; on constate au niveau du fond de l'utérus deux tumeurs : l'une contractile, l'autre présentant les caractères du siège fœtal. Le diagnostic de rupture étant porté, on fait la laparotomie. Le fœtus et le placenta sont libres dans la cavité abdominale. La déchirure de l'utérus part de l'orifice externe, intéresse tout le bord droit de l'utérus jusqu'au fond. Le cul-de-sac latéral droit du vagin est ouvert, et les deux feuillets du ligament large droit séparés l'un de l'autre, sur toute leur surface. La femme meurt le lendemain.

On se demande, avec M. Grosse, si la rupture s'est produite sous l'influence des contractions violentes d'un utérus vide d'eau depuis longtemps, et dont le segment inférieur était étiré ; on aurait alors une rupture étendue au col ; ou si elle est due à l'écarteur

Tarnier lui-même, partant alors du col et remontant vers le fond, comme les constatations de M. Grosse semblent le faire supposer. « La déchirure du col débutait du côté droit, précisément à l'endroit où se trouvait une des branches de l'écarteur. Cette déchirure, limitée au col, se serait propagée de bas en haut, au cul-de-sac vaginal et au bord droit de l'utérus, sous l'influence des contractions et de la pression exercée par le fœtus. »

Parmi toutes les interventions que l'on peut pratiquer sur un col rigide, les *incisions*, qu'elles soient « simples » ou « profondes », incisions de Tarnier ou de Dürrhsen, sont les plus dangereuses. Les premières se prolongent toujours, mais leurs prolongements n'atteignent pas en général les dimensions de celles de Dürrhsen. On pourrait croire le contraire au premier abord, car les incisions de Dürrhsen donnent une dilatation d'emblée suffisante pour permettre le passage du fœtus ; tandis que les incisions de Tarnier, même lorsqu'on ne multiplie pas leur nombre et qu'on les fait de 1 cm. 1/2 d'étendue, ce qui semble préférable à l'heure actuelle, réclament souvent le secours de la dilatation digitale.

Mais les incisions « profondes » le sont trop ; elles atteignent d'elles-mêmes le segment inférieur ; elles ont toutes les chances de se prolonger sur cet organe distendu. Ces lésions pourront être très graves ; pourront se compliquer de déchirures du paramétrium (observation de Rühl et Geissner), de rupture de l'utérus. La mortalité de cette opération serait de

25 0 0 d'après Bué. A cause de ces dangers on pratique surtout en France, les incisions de Tarnier. Cependant elles ont été cause de beaucoup de méfaits. Dans une observation de Lugeol elles se sont prolongées jusqu'au segment inférieur; et bien qu'elles n'aient intéressé que la muqueuse et quelques fibres musculaires, la malade succomba à l'hémorragie. Mesnard nous dit au sujet d'un cas d'induration syphilitique, étendue au segment inférieur : « La limite supérieure des incisions est tellement supérieure que je ne l'atteins pas. » La femme eut une hémorragie très abondante, elle fit des accidents infectieux (périmétrite et phlébites), et la guérison ne fut complète que le troisième mois,

Pour toutes ces graves raisons, la majorité des accoucheurs n'ont recours aux incisions, que lorsqu'ils ne peuvent pas faire autrement.

MÉCANISME

On connaît à l'heure actuelle le mécanisme des ruptures de l'utérus. Souvent il est complexe ; mais il est généralement explicable par la théorie que Bandl en donna en 1875, et qui est aujourd'hui universellement admise.

M^{me} Lachapelle divisait les ruptures en deux classes : la première comprenait deux subdivisions ; l'une où le segment inférieur se distend, s'amincit au point qu'il s'éraille et finit par se diviser ; l'autre est plus importante, et reconnue possible actuellement ; chère aux vieux auteurs, Bréus la résuma dans un mot qui porte aujourd'hui son nom : « usure perforante. » A la 2^e classe de M^{me} Lachapelle, appartenaient les ruptures par éclatement ; le segment inférieur surdistendu éclate tout d'un coup et d'autant plus facilement qu'il existe un lieu de moindre résistance pathologique ou mécanique.

Ces mêmes mécanismes expliquent-ils aussi les grandes déchirures spontanées du col ? Elles paraissent fort complexes. Nous remarquerons d'abord, que

la présentation fœtale ne se comporte pas généralement de la même façon envers le col, lorsque la rupture de l'utérus est imminente ; ou lorsque la déchirure du col va se produire. Sauf le cas où une dystocie du col est cause de la rupture de l'utérus, la présentation avant que l'utérus cède, est élevée ; il en est ainsi dans les présentations de l'épaule, dans les bassins rétrécis, et, ce qui revient au même, dans l'hydrocéphalie. Lorsqu'une déchirure du col va se produire, au contraire, la présentation, le sommet le plus souvent, est fortement engagée ; elle appuie sur le col insuffisamment ouvert ou mieux fermé, ou bien elle s'est insinuée dans l'orifice utérin dont la dilatation n'est pas complète. Aussi nous envisagerons les déchirures produites à ces deux moments différents. Dans la première de ces divisions, un peu arbitraires, la dilatation n'est pas commencée, ou elle est insuffisante pour que la partie fœtale s'insinue dans l'orifice ; il se passe alors quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans les ruptures de l'utérus : Le corps utérin se contracte, il tire sur le segment inférieur, le col résiste, et si l'action du muscle utérin continue, deux choses peuvent se produire : ou le segment inférieur cède, le mécanisme de Bandl est réalisé et l'on a une rupture classique de l'utérus ; ou bien le col, col pathologique le plus souvent, c'est-à-dire point de moindre résistance, éclate. La déchirure est faite ; elle n'a que des chances de s'agrandir au moment du passage du fœtus ; il faudrait plus tôt dire dans ces cas « rupture du col ».

On pourrait nommer ces déchirures qui ont lieu lorsque le muscle utérin fait ses efforts pour dilater le col : « déchirures de dilatation ».

La deuxième division comprendra les déchirures qui se produisent au moment du passage du fœtus ; la dilatation peut être complète et le fœtus est alors volumineux ; s'il est petit, et la femme pousse avant la dilatation complète (cas de Wallich et Potocki), le col est pour ainsi dire surpris dans sa dilatation. Si le col malade, syphilitique, cicatriciel ou néoplasique ne permet pas à la dilatation déjà grande, de s'achever, et si la présentation fœtale est engagée dans cet orifice insuffisant, le fœtus ne pourra franchir l'obstacle, poussé qu'il est par la contraction, qu'au prix d'une déchirure. Il s'agit alors d'une expulsion précoce, et ces lésions pour les opposer aux premières peuvent être dites : « déchirures d'expulsion ».

Mais cette classification, comme la plupart d'ailleurs, ne saurait résumer tous les cas. Le col peut être comprimé entre la présentation et le bassin ; une perte de substance peut en résulter ; elle sera l'origine d'une déchirure, et ceci nous rapproche de l'usure perforante de Bréus ; rappelons à ce sujet les « thrombus du col » dans l'œdème de cet organe.

Les déchirures du col peuvent se compliquer et intéresser la vessie. M. Bonnaire nous a appris ce qui se passe dans les ruptures vésico-utérines. Le mécanisme invoqué par Bandl n'est plus suffisant à lui seul, et il faut lui associer la compression de

Bréus, car la laxité est grande entre l'utérus et la vessie. L'utérus d'abord écrasé par cette compression ensuite fortement étiré en haut, suivant le mécanisme de Bandl, se romprait ainsi que la vessie. « La lésion de l'écrasement local joue en quelque sorte le rôle d'un coup de ciseau sur une étoffe tendue. » Il peut se produire une compression analogue au niveau du col, et, col et vessie se déchirent ensuite du fait de la contraction utérine. Mais nous croyons que dans quelques cas la déchirure du col et de la vessie peuvent avoir lieu, sans que le col soit comprimé. Il est nécessaire alors que la laxité entre l'utérus et la vessie soit détruite par une cicatrice, un processus inflammatoire ancien.

La vessie se trouvera dans les mêmes conditions que les vaisseaux du paramétrium lorsqu'une bride cicatricielle les a immobilisés. La déchirure intéressera le péritoine s'il est adhérent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La division en déchirure complète et déchirure incomplète s'impose par sa clarté. Mais, comme le fait remarquer Varnier, cette division satisfaisante au point de vue anatomo-pathologique, ne saurait suffire en clinique. Il n'est pas toujours possible, même avec des doigts exercés, d'affirmer le degré de la lésion; le péritoine, tout en restant intact, peut être si mince qu'on croit sentir les anses intestinales; et d'autres fois au contraire, alors que l'on affirmerait l'intégrité de la séreuse, celle-ci est décollée sur une certaine étendue, et sa déchirure se trouve éloignée de celle de l'utérus.

Les déchirures du col propagées au segment inférieur peuvent siéger indistinctement sur tout le pourtour du col; mais les bords latéraux et le gauche principalement semblent être leurs points de prédilection. Tous les traités, au sujet de la déchirure banale du col, essayent d'en donner les raisons. Cependant lorsque le col est malade, ou qu'une force

extérieure a agi sur lui : forceps, écarteur de Tarnier (observ. de Grosse), il cède au point faible. Si la lésion siège sur les bords latéraux, elle sera le plus souvent incomplète ; il n'en sera plus ainsi en avant ou en arrière. Mais il n'y a rien d'absolu en clinique ; telle lésion latérale intéresse un ligament large, telle autre, après avoir divisé un côté du col, change brusquement de direction, remonte sur une des faces de l'utérus, où elle atteint le péritoine.

Les déchirures complètes de la lèvre antérieure seront à peine un peu plus fréquentes que celles des bords latéraux. Le péritoine échappe facilement à la lésion ; il a été entraîné vers le haut par l'augmentation du sac musculo-utérin ; son cul-de-sac est au niveau de l'orifice interne. Sa grande laxité et ses modifications gravidiques ont permis cette ascension : « La séreuse, dit M. Bonnaire, n'est que lâchement attachée au tissu sous-jacent..... aussipeut-elle en quelque sorte flotter comme un voile, jeté sur la vessie et le fond de l'utérus. » La déchirure sera complète si un processus cicatriciel ou inflammatoire a détruit la laxité du péritoine sur le segment inférieur ; elle le sera également, si, suffisamment étendue, elle atteint l'anneau de Schröder, car à ce niveau le péritoine, est adhérent au muscle. — Lorsque la lèvre postérieure est le point de départ de la lésion, le péritoine, et cela pour des raisons anatomiques bien connues, sera le plus souvent intéressé ; rappelons que M. Sauvage dans sa thèse donne la proportion de six ruptures complètes pour une incomplète, à

la face postérieure de l'utérus. Mais en général ces lésions ne sont pas graves, l'hémorragie n'est pas abondante, et s'il survient de l'infection, celle-ci, à cause du remarquable pouvoir d'enkystement du Douglas, aura une terminaison heureuse.

La lésion des bords latéraux est le plus souvent incomplète ; elle est intraligamentaire ; elle occupe le tissu cellulaire du ligament large ; mais un des feuillets de ce ligament peut être intéressé et le péritoine est alors ouvert. Ces déchirures latérales sont les plus redoutables ; incomplètes, elles peuvent atteindre les vaisseaux qui parcourent le paramétrium. De volumineux hématomes peuvent se former ; dans une observation de M. Bar, ils ont atteint le rein, en décollant le péritoine. — Si le péritoine est ouvert, le péril est encore plus grand : à l'hémorragie peut s'ajouter la péritonite généralisée. M. Bar, à la Société d'Obstétrique de 1900, a fait à ce sujet une communication fort instructive.

Mais la déchirure du col étendue à l'utérus peut intéresser les organes voisins : vagin, vessie, rectum. Partie de l'orifice externe, en même temps qu'elle remonte vers l'utérus, elle peut s'étendre au dôme vaginal, aux culs-de-sac, et quelquefois descendre le long des parois de cet organe. La déchirure des culs-de-sac est très fréquente ; ceci ne nous étonnera pas, puisque le col est en partie constitué par des fibres musculaires qui viennent du vagin, d'après Keiffer ; ou selon Fieux, par des éléments conjonctifs et élastiques qui se continuent avec ceux de cet organe. Les

lésions du cul-de-sac antérieur du vagin s'accompagnent plus fréquemment de déchirures de la vessie, que les lésions cervicales. Et ceci se conçoit facilement puisque la vessie adhère intimement par son bas-fond à la paroi antérieure du vagin. Au-dessus du cul-de-sac antérieur de cet organe elle entre en contact avec toute la portion sous-vaginale du col de l'utérus, et, dit M. Bonnaire, les adhérences intervésico-utérines sont aussi lâches que les adhérences intervésico-vaginales sont serrées.

La déchirure du rectum complique très rarement celle du col.

SYMPTOMATOLOGIE

Les divers symptômes fournis par les déchirures du col, propagées au segment inférieur, varient non seulement suivant l'étendue de la lésion, mais encore et surtout suivant son siège, suivant les organes intéressés. Nous allons essayer de les décrire en considérant une lésion type ; celle que l'on voit le plus souvent, et qui, après avoir divisé le côté gauche du col, par exemple, remonte sur le même côté du segment inférieur. En les passant en revue, nous dirons les modifications qu'ils peuvent subir dans certains cas.

L'hémorragie est le symptôme principal. Elle présente certains caractères qu'il faut bien connaître pour éviter les erreurs de diagnostic. Elle se révèle à l'extérieur aussitôt qu'elle le peut ; dès que le fœtus ne forme plus tampon dans les voies génitales, c'est-à-dire immédiatement après son expulsion. On sait, en effet, l'importance qu'accorde Budin à la traînée de sang qui longe le corps du fœtus. Et Fristch croyait

que le sang qui s'écoule immédiatement après la sortie de la tête, indique une déchirure du canal cervical ; disons que, dans ce cas, il peut provenir des parties hautes du vagin. — Le sang n'a pas la teinte noirâtre que les auteurs classiques se complaisent à décrire dans la rupture de l'utérus ; il est d'un beau rouge vif. — Quelquefois il sort avec de véritables pulsations, isochrones naturellement au pouls de la femme ; dans ce cas l'hémorragie a tous les caractères d'une hémorragie artérielle. Car avec les lésions des artères, nous dit M. Brindeau : « Les sources d'hémorragie sont également les sinus utérins gorgés de sang veineux, et, comme le segment inférieur est peu riche en fibres musculaires, il s'ensuit que l'hémostase a peu de tendance à se produire spontanément. » L'hémorragie n'est généralement pas abondante, car les vaisseaux qui se rendent à l'utérus à ce niveau ne sont pas très nombreux. Mais elle est tenace, et n'ayant aucune raison pour s'arrêter, puisque les « ligatures vivantes » font défaut, elle emportera lentement la malade. — Quelquefois l'hémorragie est plus forte, et M. Brindeau rapporte un cas, où un véritable flot de sang suivit l'expulsion du fœtus. Elle peut même devenir redoutable, si la lésion se continue à la base du ligament large, intéresse le pédicule vasculaire ; M. Lepage a vu à l'autopsie une déchirure utérine ayant donné lieu à la formation dans le ligament large d'un anévrisme faux. M. Audibert fait remarquer que, d'après Testut, la crosse de l'utérine, qui se trouve normalement au niveau

de l'insertion vaginale, sur la voûte vaginale par conséquent, peut dans certains cas, et en particulier chez les multipares, descendre à 10 ou 15 millimètres au-dessous de l'insertion du vagin. Dans ce cas, une déchirure moins profonde peut intéresser cette artère.

Cette hémorragie lente et continue, « et par cela même silencieuse » dit Brindeau, peut être intermittente. Elle apparaît toujours aussitôt le fœtus expulsé, dure quelques instants, cesse et reparaît ensuite. Cet arrêt de l'hémorragie est facilement explicable par la forme en accordéon que prend le segment inférieur, flasque, sous le poids du corps utérin, explicable encore par l'antéflexion utérine. Cette hémostase naturelle peut cesser au moindre mouvement, au moindre effort, par le simple état de réplétion de la vessie. Elle disparaît au moment de la délivrance ; lorsque l'utérus remonte dans l'abdomen, corrige ce tassement, cette antéflexion ; lorsque le placenta, en occupant le segment inférieur, écarte les lèvres de la plaie.

A cette hémorragie externe peut s'ajouter une hémorragie interne, beaucoup plus grave, puisqu'elle n'attire l'attention que par les symptômes d'anémie aiguë ; rappelons les volumineux thrombus remonant jusqu'au rein. Quelquefois même l'hémorragie interne existe seule : Brossard et Leclère dans leurs thèses en rapportent des observations. Enfin l'artère utérine peut être intéressée ; cette complication est heureusement rare ; Eversmann donne un pourcentage de leur déchirure de 12 à 15 0/0. Le pédicule

vasculaire, sans être déchiré, peut être complètement disséqué, comme dans une observation de M. Bar (in Leclère).

Enfin il est des cas où l'hémorragie fait complètement défaut; il y a des déchirures qui ne saignent pas. Et c'est à cause de l'absence de ce symptôme que nous croyons ces déchirures propagées, plus fréquentes qu'on le dit; elles passent alors inaperçues. Dans l'absence de l'hémorragie, le siège de la lésion y est pour beaucoup; en avant et en arrière les vaisseaux sont à l'abri. M. Brindeau rapporte dans le *Bulletin d'obstétrique* une observation de déchirure de la paroi postérieure qui ne donna naissance à aucune complication.

Avec le siège de la lésion il faut penser aussi à la qualité des tissus. C'est ainsi que les déchirures d'un col œdémateux ne donnent pas de sang. Il n'y eut point d'hémorragie chez la malade de notre observation VII. Et ceci se comprend, car c'est la gêne circulatoire qui est cause de l'œdème, et, à son tour, l'infiltration séreuse comprime les vaisseaux; il y a pour ainsi dire hémostase préventive.

Toutefois, dans quelques cas rares, l'œdème du col se complique de thrombus; il y a un épanchement sanguin dans le tissu cervical; il ne faut pas s'étonner de ce qu'une hémorragie même abondante survienne.

À côté de l'hémorragie il existe d'autres symptômes; mais leur valeur est secondaire. Lorsque l'on vient de constater une dilatation incomplète, à plus

forte raison s'il existe une cause de dystocie cervicale, la chute brusque de la présentation et son dégagement rapide sont un excellent signe. Mais on ne l'observe pas toujours et M. Commandeur, sur cinq observations, ne l'a trouvé nettement qu'une seule fois.

La douleur est variable ; rarement les malades ont la sensation nette de la déchirure qui vient de se produire ; quelquefois elles accusent des cuissons, des picotements pénibles ; le plus souvent elles ne ressentent rien, le travail les a habituées à la douleur.

Les contractions utérines persistent presque toujours. Ramsbotham et Churchill, dans les ruptures de l'utérus, expliquent la continuation de la contraction de l'organe, d'après la dimension de la lésion. S'il est possible que cette théorie soit vraie, il faudrait pour que la contraction cesse, que la déchirure du col soit très étendue.— «Ce paradoxe», dit Varnier, constatation de l'hémorragie, avec persistance des contractions utérines, doit faire toujours penser, à une lésion cervicale. Le toucher affirme alors le diagnostic. Il faut le pratiquer systématiquement toutes les fois que la dilatation ne s'est pas effectuée d'une façon normale ; toutes les fois qu'on aura eu recours à une intervention. Lui seul permet de faire le diagnostic lorsqu'il n'y a pas eu d'hémorragie. Il permet de se rendre compte de la dimension, de l'étendue et des degrés de la lésion. C'est la seule façon de reconnaître une déchirure bi-latérale. Si l'on n'avait pas touché la femme de parti pris dans les observa-

tions VII et VIII, les déchirures bi-latérales seraient passées inaperçues, puisque l'hémorragie faisait défaut et que rien n'attirait l'attention du côté du col après l'accouchement. Dans les cas de déchirures bi-latérales, le doigt après avoir constaté les dimensions et la direction des lésions, reconnaît la forme particulière que prend alors le col ; celui-ci est divisé en deux valves, antérieure et postérieure, et prend l'aspect connu sous le nom de « col en bec de canard ».

DIAGNOSTIC

L'hémorragie étant le symptôme le plus constant, le plus important, il faut éliminer toutes les lésions qui s'accompagnent de perte de sang. Répétons d'abord, que les déchirures sont un accident tardif du travail ; dès qu'elles ont lieu, l'accouchement ne tarde pas à se terminer, et de ce fait se trouvent mises de côté toutes les pertes de sang qui peuvent se produire bien avant l'expulsion du fœtus.

Il ne faudrait pas cependant, se hâter de porter un diagnostic de déchirure, s'il s'écoule du sang par la vulve, quelque temps après la naissance de l'enfant. Ceci peut s'observer avec une délivrance normale ; lorsque par exemple l'arrière-faix se décolle suivant le mécanisme cher à Mathews Duncan. Le sang n'a pas la même apparence ; il est plus noir ; il y a souvent des caillots ; de plus on constate tous les signes cliniques normaux de la délivrance ; un peu de patience, et le placenta se présentant par son bord,

roulé en cornet d'oubli, ou par sa face utérine, expliquera la perte sanguine.

Une veine clitoridienne rompue peut saigner ; l'œil fait le diagnostic, le doigt arrête le sang ; si l'hémorragie est rebelle, une pince ou une ligature en ont raison.

Une déchirure des parties moyenne et inférieure du vagin saigne peu d'ordinaire. S'il y a hémorragie, après examen négatif de la vulve, un tampon introduit au fond du vagin, nous renseignera, par exclusion. L'hémorragie provenant des parties hautes de cet organe peut ressembler à celle du col ; il faut voir le point qui saigne.

Restent donc les hémorragies provenant de l'utérus ou du col lui-même. Les varices de ce dernier organe peuvent se rompre, et donner une hémorragie continue ; mais le sang est noir, et, surtout, cette complication a lieu au début du travail.

Enfin l'erreur la plus fréquente est de rapporter l'hémorragie à l'*inertie utérine* ; le diagnostic est pourtant facile. Le sang dans les deux cas n'offre pas le même aspect. Celui de la déchirure nous est connu ; quand il s'agit d'inertie, le sang provenant des sinus utérins est plus foncé, noirâtre ; il y a de nombreux caillots. Mais, et ceci est caractéristique, le globe de sûreté fait défaut. L'utérus est mollassé et, dans les cas graves, « il n'est point aisé de distinguer ses parois molles et flasques, au milieu de la masse intestinale » disent Budin et Demelin. Par contre, dans les déchirures du col, l'utérus est for-

tement contracté. En pratiquant l'exploration abdomino-vaginale, la main qui palpe et les doigts qui touchent font le diagnostic ; la première par l'absence du globe rassurant ; les seconds par la constatation de la lésion.

Existe-t-il une inertie secondaire à la déchirure du col propagée ? Nous avons déjà vu que si la déchirure peut faire cesser les contractions, il faut qu'elle soit très étendue.

Mais cette inertie, peut-elle, comme le pense Fraisse, succéder à l'irruption et à l'accumulation du sang dans la cavité utérine ? Ces faits doivent être bien rares ; car le segment inférieur, extensible, peut contenir une quantité de sang suffisante pour que les symptômes d'anémie puissent s'observer ; et, dans ce cas, il faut chercher le corps utérin, dur et contracté, bien haut du côté du foie ; car l'étirement du segment inférieur a permis cette ascension. Celui-ci, distendu par le sang, forme au-dessus du pubis, une tumeur arrondie, mollassée, qu'il ne faudra point confondre avec une vessie mal vidée.

Lorsque avec une déchirure du col on observe de l'inertie utérine, nous croyons que celle-ci n'est pas secondaire à la lésion cervicale : il s'agit plutôt d'une simple coïncidence.

L'adhérence partielle du placenta est presque toujours suivie d'hémorragie ; celle-ci ressemble beaucoup à celle de l'inertie ; et cela se conçoit puisque l'adhérence partielle s'accompagne d'inertie localisée. L'utérus se contracte mal ; on sent, par la pal-

pation, des zones de consistance variable ; enfin la délivrance ne se fait pas. Si l'exploration du col est négative, et si l'hémorragie continue, la délivrance artificielle s'impose ; et, dans ce cas, la main introduite, par la difficulté qu'elle éprouve à décoller le placenta, fait le diagnostic.

Mais dans tous ces cas, le toucher, sur lequel nous avons suffisamment insisté, lève tous les doutes.

Enfin, une distinction nette doit être établie entre la déchirure du col propagée au segment inférieur, et une *rupture de l'utérus, étendue jusqu'au col*. La rupture de l'utérus a ses prodromes et ses symptômes propres : le mécanisme n'est pas le même ; le pronostic est généralement plus sombre. Mais ce diagnostic est parfois fort difficile. Les symptômes de la rupture peuvent faire défaut, et une même lésion (sténose du col par exemple) peut être cause tantôt d'une déchirure du col étendue, tantôt d'une rupture de l'utérus propagée au col. Rappelons l'hésitation de M. Grosse au sujet de son observation.

PRONOSTIC

Nous devons envisager le pronostic immédiat, le pronostic des suites de couches, et enfin le pronostic tardif. Empressons-nous de répéter qu'il est variable, suivant le degré de la lésion, son siège, l'état général et les antécédents de la femme.

M^{me} Lachapelle considérait la déchirure du col comme un événement heureux, puisque l'accouchement se termine grâce à cette dilatation artificielle. Mais les accoucheurs actuels ne sont plus aussi optimistes.

Le pronostic immédiat dépend surtout de l'hémorragie. S'agit-il de déchirure de l'artère utérine, la parturiente peut être emportée en quelques instants. Le segment inférieur est-il à peine lésé dans sa profondeur, la femme perdra très peu de sang et l'hémorragie aura une grande tendance à s'arrêter d'elle-même. Toutefois une déchirure superficielle peut s'accompagner d'une forte hémorragie. Elle tua la malade de Lugeol, dont nous avons déjà

parlé ; et pourtant la muqueuse et une faible partie du tissu utérin étaient seules intéressées. De plus, certains organismes faibles, déprimés, peuvent présenter un état alarmant, après une perte sanguine minime.

Les suites de couches peuvent réserver de tristes surprises. La solution de continuité peut être une porte directe d'infection. Si la déchirure est complète, le péritoine ne demandera qu'à cultiver les microbes qui arriveront à lui ; incomplète, les lymphatiques peuvent suppléer à l'absence de la lésion péritonéale, et vers la fin de la première semaine, apparaîtront brusquement les symptômes de l'infection de la séreuse. Les phlegmons péri-utérins, qu'ils résultent de l'infection utérine ou de la suppuration d'un hématome sous-péritonéal, peuvent mettre la vie de la femme en danger.

D'un autre côté les lèvres de la plaie peuvent s'infecter, se recouvrir de fausses membranes, et cette infection peut revêtir des formes variées ; s'étendre à l'utérus et aux trompes, gagner le péritoine, et même envahir l'organisme.

Enfin, si la femme a échappé à cette infection heureusement rare aujourd'hui, elle peut être exposée, plus tard, à certaines complications, qui valent la peine d'être citées. Nous n'attribuerons pas aux lésions cervico-utérines les conséquences que Bennet, et plus tard Emmet, ont imputé aux lacérations du col : nous n'insisterons pas davantage sur l'hypothèse de Breisky, pour qui toute déchirure du col prédispo-

sait au cancer. Nous retiendrons toutefois ceci : l'utérus peut être fixé en position vicieuse par la cicatrice ; généralement il sera en rétroversion. Son orifice peut être béant, la muqueuse faisant ectropion ; aussi ces malades, à cause de l'infection facile de leur utérus, seront les clientes assidues des gynécologues. Dans d'autres cas, au contraire, le processus de cicatrisation dépasse son but, et l'orifice utérin peut être oblitéré. On en déduit facilement les conséquences fâcheuses. — M. Maygrier en rapporte un exemple, dans la *Société d'obstétrique*. — Enfin, si la femme redevient enceinte, la cicatrice peut être une cause d'avortements répétés ; Olshausen, Kaltenbach et Mundé ont soutenu ce fait pour les déchirures banales du col. Si la grossesse est conduite à terme, nous avons vu que la cicatrice peut devenir une cause de dystocie, peut enfin se rompre et donner lieu à une déchirure plus grave que la première.

TRAITEMENT

Nous ne parlerons pas de la déchirure du col. La majorité des auteurs sont d'accord sur la suture immédiate. Notre maître M. Lepage en résume les raisons dans la *Revue d'Obstétrique*. Mais comme H. Spencer et Peter Horrocks l'ont fait remarquer dans l'*Obstetrical Society of London* de 1900, il est nécessaire, pour le traitement, de faire une grande distinction entre la déchirure sous-vaginale du col et la rupture de cet organe, étendue vers le haut. Deux complications semblent commander certaines interventions : d'une part l'hémorragie, d'autre part l'infection. Aussi faudra-t-il établir une différence entre la déchirure qui intéresse le péritoine et celle qui respecte la séreuse. Dans cette dernière, la plus fréquente heureusement, on n'a qu'à s'occuper de l'hémorragie, en veillant à l'asepsie. Si la déchirure est complète, et que l'infection soit à craindre, des interventions plus radicales peuvent s'imposer. Nous étudierons ces cas.

La plupart des procédés vantés par les auteurs ont pour but l'arrêt de l'hémorragie.

Les injections d'eau chaude ne seront point efficaces, puisque le segment inférieur et le col sont pauvres en éléments musculaires. Les injections de perchlorure de fer sont abandonnées aujourd'hui. Une observation de Lugeol en montre les dangers ; l'hémorragie s'arrêta aussitôt après l'injection ; mais une hémorragie secondaire, sept jours après l'accouchement succéda à l'élimination d'une eschare et la femme mourut.

Fristch fait rapprocher les cuisses de la malade, et après avoir fait relever le siège, il frictionne l'abdomen, en recommandant le repos absolu. Cette méthode ne peut être efficace que dans les petites lésions cervicales, s'accompagnant d'hémorragie insignifiante.

Nous n'accorderons pas une grande confiance aux ballons, qui agissent par compression directe.

La compression du point saignant avec deux doigts introduits dans le vagin, à l'exemple de Veit, est insuffisant.

Le procédé de Breisky peut réussir dans certains cas ; nous savons que l'hémorragie s'arrête souvent d'elle-même, après l'accouchement, par tassement pelvien, et par l'antéflexion utérine. La manœuvre de Breisky imite ce que fait la nature ; elle exagère cette antéflexion ; deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur appuyent sur la paroi postérieure du col ; la main libre ramène le fond de l'utérus en

avant. Cette hyperantéflexion doit durer de cinq à dix minutes ; elle a donné quelquefois de bons résultats, mais généralement dès que la compression cesse, l'hémorragie reparaît.

Enfin on a eu recours à des procédés plus énergiques. Quelques accoucheurs, dans les cas d'hémorragie abondante emploient la compression directe de la déchirure par des pinces. Sur chaque lèvre de la plaie ils appliquent un clamp qu'ils laissent à demeure. Nous n'aimons pas ce procédé, peu chirurgical. Si la déchirure seule est l'origine de l'hémorragie, celle-ci est arrêtée sûrement ; mais il n'en est pas toujours ainsi ; les tissus péri-cervicaux peuvent être atteints, et l'hémorragie continue. De plus, les lèvres de la plaie sont fortement contusionnées par les mors de la pince ; la cicatrisation sera difficile ; dans quelques cas même, on observera du sphacèle. Une hémorragie secondaire peut se produire ; elle sera d'autant plus grave, qu'elle peut être le coup de grâce pour un organisme anémié par les pertes antérieures. Avec l'attrition des tissus, à plus forte raison avec le sphacèle, l'infection est à redouter. Aussi rejetons-nous systématiquement ce procédé.

Nous lui préférons de beaucoup le tamponnement. Le tamponnement de Dürrhsen, « le véritable plombage de l'utérus », est plus efficace que le tamponnement cervico-vaginal de Tarnier ; il permet une compression plus grande, puisqu'il a des points d'appui de tous les côtés. D'ailleurs la lésion atteint le

segment inférieur, et il devient nécessaire que la cavité utérine soit tamponnée.

Beaucoup de mal, et beaucoup de bien ont été dit sur ce mode de traitement. Si bien, qu'on se demande s'il n'y a pas lieu de le défendre contre ses apologistes, aussi bien que contre ses détracteurs ; car si ceux-ci nient toutes ses qualités, ceux-là veulent lui retirer ses défauts. Nous reconnaissons que, bien fait, il satisfait souvent à toutes les conditions. Les observations d'hémorragie arrêtée par ce procédé fourmillent ; mais nous lui adressons, malgré cela, plusieurs reproches. Suivant l'opinion de beaucoup d'auteurs, et celle de Fraisse en particulier, il ne saurait arrêter une hémorragie considérable. Il peut même devenir dangereux, dans ces cas ; l'opérateur peut être rassuré, alors que l'hémorragie continue intérieurement ; et lorsqu'on constate son influence, il peut être trop tard pour agir ; il peut donc faire perdre le bénéfice d'une intervention plus radicale. D'ailleurs, bien tamponner n'est pas toujours facile ; et, si l'on veut arrêter le sang qui s'écoule des lèvres de la plaie, ne risque-t-on point d'agrandir la déchirure ?

Enfin, lorsque la déchirure est complète, il ne met pas la femme à l'abri de l'infection ; au contraire. Les caillots ont bien des chances de suppurer, puisque l'asepsie rigoureuse du vagin est hypothétique.

Et à propos d'une observation rapportée par M. Bar à la Société d'Obstétrique de 1899, Budin faisait remarquer que c'est surtout dans le cas où le péri-

toine n'a pas été déchiré, qu'on a obtenu la guérison des malades, par le drainage ou le tamponnement. Il y aurait grand intérêt dans les ruptures de l'utérus, ajoutait-il, à faire le diagnostic de l'intégrité de la séreuse.

Il est cependant une région favorable au tamponnement : ce sont les déchirures complètes qui partent de la lèvre postérieure. Rappelons le remarquable pouvoir d'enkystement du Douglas ; et on sait avec quelle facilité se drainent et guérissent les collections de ce cul-de-sac. D'ailleurs, l'hémorragie de cette région n'est généralement pas grave, et le tamponnement en aura vite raison.

Étudions enfin la suture faite par la voie vaginale. Parsenow en 1891, Schauss en 1894, Franck en 1894 et Cholmogoroff en 1895, paraissent être les premiers auteurs qui ont pratiqué cette intervention ; mais il s'agit dans leurs observations de rupture de l'utérus ; nous les rapportons cependant. En France la suture de la plaie utérine par levagin n'a pas joui d'une grande vogue. Les traités classiques ne lui sont guère favorables ; ils lui consacrent à peine quelques lignes, pour la représenter comme une opération difficile, aveugle et souvent inefficace. Valéry en rapporte un cas personnel dans sa thèse, et malgré l'heureux résultat qu'elle lui donna, il regrette de ne pas avoir fait la laparotomie. Nous croyons tous ces reproches exacts, lorsqu'il s'agit de rupture de l'utérus. Mais il en est autrement, nous le verrons, quand il s'agit de déchirure du col propagée au segment inférieur.

Même dans ces cas, M. Commandeur dans l'*Obs-tétrique* de 1900, paraît trouver cette suture impossible. Voici ce qu'il dit : « Aussi je crois que dans les déchirures du segment inférieur (et la portion sus-vaginale du col doit y être comprise après l'accouchement) la suture n'est pas possible et si elle l'était serait inefficace et dangereuse. » Et plus loin : « Aussi ai-je de la peine à comprendre comment Cholmogoroff a pu réaliser cette suture par le vagin. »

Nos observations sur la solution de continuité cervico-segmentaire prouvent suffisamment que cette déchirure peut se suturer. Et d'ailleurs saurait-il en être autrement ? Le dernier temps de la césarienne vaginale n'envisage-t-il point la suture de la section du col et du segment inférieur, en tout point comparable comme difficulté de technique, à la suture de la déchirure que nous étudions ? Cette opération, si répandue à l'étranger, et dont nous devons en France deux observations récentes à M. Brindeau, mérite de nous arrêter quelques instants. Dans le premier cas, chez une albuminurique prééclamptique, cet auteur fit une incision de 10 centimètres environ sur la lèvre antérieure, et de 5 à 6 centimètres sur la lèvre postérieure. La suture des deux incisions fut faite, et après autopsie, dit-il, « les sutures adossent si bien les deux plaies que le col semble normal ». Le deuxième cas est plus démonstratif encore ; il s'agit d'une éclamptique dans le coma ; l'incision sur la lèvre droite antérieure est de 12 centimètres, de

6 centimètres sur la postérieure. « La perte sanguine, dit l'observation, s'est complètement arrêtée aussitôt la suture faite. La malade est revue quatre mois après, et, on sent difficilement en avant et en arrière les vestiges des incisions antérieures. » Nous savons que l'on n'est pas dans les mêmes conditions lorsqu'on suture la section de la césarienne vaginale, et la déchirure du col propagée ; que la suture d'une plaie chirurgicale est plus facile, qu'elle arrêtera plus radicalement l'hémorragie, et que la cicatrice d'une section est plus nette, plus régulière que celle d'une déchirure. Mais malgré cela nous pensons que ces deux interventions peuvent être rapprochées.

La technique est d'autant moins difficile que la déchirure est plus petite, dans ces conditions les doigts et l'œil peuvent parcourir toute la plaie. Lorsque celle-ci est étendue à la zone de contraction, et à plus forte raison dépasse cette zone il est impossible de voir ce que l'on fait ; aussi est-il juste de dire alors, que l'intervention est aveugle et très difficile. On doit opérer avec les doigts sans le contrôle de la vue. Quoique certains auteurs aient fait la suture dans ces cas, nous pensons que ces grandes lésions propagées au fond de l'utérus doivent être considérées comme une rupture classique de l'organe et traitées comme telles. Nous réservons la suture pour les lésions qui, parties de l'orifice cervical, intéressent tout le col et empiètent plus ou moins sur le segment inférieur. Ce sont ces déchirures que nos maîtres, MM. Lepage et Coudert, ont suturées, et les

suites heureuses de ces interventions méritent croyons-nous, d'attirer l'attention.

Dans ces cas, la technique opératoire paraît plus simple. Il faut abaisser l'utérus le plus possible. On place quatre pinces sur le col, aux extrémités de deux diamètres perpendiculaires, et pendant qu'un aide corrige l'antéflexion utérine et abaisse le fond, on exerce, sur les pinces une traction douce, lente et progressive jusqu'à ce que le col apparaisse à la vulve. Le rôle de l'aide est capital ; l'abaissement du fond de l'utérus constitue un des temps principaux, et la traction qu'on exerce sur les pinces est tout à fait secondaire ; d'ailleurs cette traction se répartit sur tout le pourtour du col. De cette façon les pinces ne peuvent pas arracher le tissu cervical, et ce reproche, trop souvent fait, tombe de lui-même. On enlève deux pinces, car elles masquent le champ opératoire. La plaie est sous les yeux. Avec une aiguille à pédale, on fait, de haut en bas, la suture, au catgut, par points séparés. On place une mèche de gaze dans le cul-de-sac vaginal correspondant ; si la lésion est bilatérale, on opère, de la même façon, la deuxième déchirure.

Valéry, dans son observation, ne fit point la suture de la même façon. Il fit un surjet du haut en bas de la déchirure. Mais comme celle-ci était très étendue (elle avait dépassé l'anneau de Schröder), le premier nœud lui coûta beaucoup de peine.

M. Doléris, qui a eu l'occasion de suturer plusieurs fois de vastes déchirures du col, adresse au surjet

plusieurs reproches. Le surjet prend tous les plans : musculaire et muqueux. La muqueuse très friable peut se déchirer au niveau des points ; sa suture sera inutile et même nuisible, puisque la muqueuse sera déchiquetée. Si elle ne se déchire pas, elle forme le long du surjet un bourrelet, une sorte de boudin assez épais, et qui donnera une grosse cicatrice. Pour éviter ces inconvénients, M. Doléris fait des points séparés, et, de plus, évite de prendre la muqueuse. Celle-ci, qui a ses bords évasés en dedans, du côté de la cavité utérine, tapisse la suture. Cette technique, évidemment séduisante, nécessite une grande habileté opératoire.

Que l'on adopte l'un ou l'autre procédé, l'intervention se fait presque à sec ; le sang ne gêne point l'opérateur. Ceci se conçoit aisément, car le premier temps, l'abaissement de l'utérus, est un excellent moyen d'hémostase. Il constitue ce que l'on décrit sous le nom de manœuvre de Parsenow. Nous la rapportons avec l'observation de suture de la plaie, telle que la résume très sommairement la *Presse Médicale* du 22 juillet 1891 (observat. IV). Cette manœuvre peut se rapprocher du procédé de Breisky ; si celui-ci transforme l'antéflexion utérine en hyperantéflexion, celle-là exagère le tassement pelvien, d'où « torsion et compression des artères utérines ».

Mais, malgré cet abaissement de l'utérus, l'hémorragie peut compliquer l'opération. Si elle reconnaît pour cause la déchirure de vaisseaux de moyen calibre, il sera facile de les pincer et de les lier. Dans

d'autres cas, heureusement rares, les utérines seront intéressées ; on peut alors imiter Dürhsen et procéder à leur ligature ; mais ce n'est point toujours chose commode, d'autant que les rapports de ces vaisseaux varient suivant les femmes, suivant le nombre de leurs grossesses. Rappelons que M. Audibert, nous dit que, d'après Testut, la crosse de l'utérine peut descendre de 10 ou 15 millimètres au-dessous de l'insertion vaginale. L'hémorragie est pressante et la laparotomie immédiate offre les moyens les plus sûrs d'hémostase.

En dehors de cette complication peu fréquente, nous le répétons, la suture arrête la perte de sang. Ce danger, redoutable dans quelques cas, mis de côté, envisageons l'infection : non suturé, le col qui ne participe pas à la rétraction utérine, reste une plaie béante, une large porte d'entrée ouverte à tous les germes infectieux qui peuvent l'envahir ; vaisseaux sanguins et lymphatiques surtout, sont ouverts, prêts à transporter cette infection. La suture paraît diminuer les chances de danger. Elle peut se faire avec une asepsie rigoureuse ; c'est une intervention chirurgicale, et ce n'est pas là son moindre avantage. Elle donne au col sa forme normale, elle ferme la solution de continuité. — Mais, pourra-t-on dire, on n'est pas sûr d'opérer sur un champ complètement aseptique, et s'il y a des caillots dans le tissu péri-cervical on les emprisonne. « Si celui-ci (l'hématome) est infecté primitivement, ce qui est toujours possible dans une cavité comme le vagin, dit Comman-

deur, on aura enfermé l'ennemi dans la place et ces hématomes pourront suppurer. » Ceci n'est guère en faveur du tamponnement, car on peut lui adresser les mêmes reproches ; « il enferme le loup dans la bergerie » a écrit Varnier. D'ailleurs, si cette complication est à craindre, rien ne sera plus facile que de placer un drain à la partie déclive de la plaie. Si la déchirure est complète le drainage s'impose. Cholmhnogoroff attribue, à l'omission du drainage, la mort de la malade de P. Horrocks. Il s'agissait dans ce cas, d'une multipare accouchée par version, et qui présenta une déchirure s'étendant, de l'orifice externe au segment inférieur, sur une longueur de trois pouces. Après lavage de la cavité péritonéale, la plaie fut suturée par le vagin et la femme mourut vingt-deux heures après. L'autopsie révéla de la péritonite récente. En critiquant cet oubli, Cholmogoroff fait remarquer que la malade de Schwartz et la sienne ont parfaitement guéri grâce au drainage. Voici ce qu'il dit : « L'avantage des deux méthodes (tamponnement et laparotomie) est réalisé, lorsqu'on coud la plaie par le vagin, et lorsqu'on laisse une ouverture suffisamment grosse pour introduire de la gaze iodoformée:.... Le drainage ne garantit pas l'arrêt de l'hémorragie, mais prend soin de l'écoulement des sécrétions hors du ventre. » A cela nous n'ajouterons rien, si ce n'est que nous préférons le drain en caoutchouc à la gaze ; car de l'avis de tous les chirurgiens, celle-ci tamponne, mais ne draine pas.

La supériorité de la suture sur les autres procédés

par voie vaginale sera bien plus grande, si l'on réfléchit à l'avenir de la femme. Nous avons vu le rôle qu'il faut attribuer aux cicatrices, dans la pathogénie des ruptures de l'utérus et des déchirures du col propagées à l'utérus. Cette « action rupturante des cicatrices » est tellement importante, d'après Pinard et Varnier que l'utérus rompu devient un organe dangereux. Au congrès de Nantes de 1901, Varnier concluait à la nécessité du traitement chirurgical des ruptures, et disait que « lorsqu'une femme en essayant de reproduire l'espèce humaine a rompu son utérus, elle est bonne si elle en réchappe, à mettre en réforme pour blessures graves, contractées dans le service ; ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne ».

Il en est de même pour les grandes déchirures du col. Ces plaies, qu'elles soient ignorées, abandonnées à elles-mêmes lorsqu'elles n'offrent pas de symptômes inquiétants, ou traitées par le tamponnement quand elles saignent, se cicatrisent mal, en général. La couche musculaire de l'utérus a peu de tendance à la cicatrisation. Aussi les lèvres de la plaie se réunissent-elles difficilement ; ce sera un point de rupture. Quelquefois le but cherché est dépassé, les fibres conjonctives prolifèrent abondamment ; une oblitération cervicale, ou tout au moins une dystocie cicatricielle ultérieure en seront les conséquences. Cette hypertrophie cicatricielle s'observera surtout si le péritoine est déchiré au même niveau que l'utérus : on sait avec quelle rapidité il prolifère et se charge de combler la

solution de continuité. Cette prolifération péritonéale peut d'ailleurs s'observer dans les déchirures incomplètes. Quand on examine par le toucher vaginal une femme guérie de rupture, dit Blasart, on a la sensation d'une bride formée par les fibres venues de la séreuse. Nous savons quelles peuvent être les dangereuses conséquences de cette bride. La suture de la plaie paraît éviter ces complications. Elle donne une cicatrice par première intention, cicatrice chirurgicale, nullement proliférante, n'empiétant point sur les tissus péri-cervicaux. Elle diffère totalement de celle qui s'est faite selon les caprices de la nature ; elle peut être comparée à celle de la section césarienne, qui permet, malgré de très rares exemples de rupture, les grossesses ultérieures. Cette cicatrice, tout comme celle de la césarienne vaginale, qui, longtemps après l'opération, put être reconnue avec peine dans l'observation de M. Brindeau, et permit à la femme d'accoucher sans incidents d'après les observations allemandes, ne défend point de nouvelles grossesses. Elle est petite, régulière, elle ne saurait entraver la dilatation. Nous ne sommes pas de l'avis de Valéry, qui pense « que la malade ne pourra plus procréer sans risquer de rompre sa matrice... » Certes, il est possible que cette complication survienne, mais elle doit être aussi rare que la rupture d'une césarienne.

Enfin la suture en rendant au col sa forme, ne prédispose pas la femme à des affections gynécologiques futures ; la statique de l'utérus n'est point trou-

blée, comme cela s'observe après les autres traitements vaginaux ; et par suite, la physiologie de l'utérus peut s'accomplir d'une façon normale.

Mais cette opération doit-elle être exécutée dans toutes les déchirures du col, propagées au segment inférieur ? Évidemment non ; ce serait aller trop loin. Certaines causes de déchirure, telles que le cancer du col, réclament, si le degré de la maladie le permet, des interventions plus radicales ; dans le cas contraire la suture ne saurait être efficace. Il en sera de même dans certaines lésions syphilitiques : le syphilome cervico-segmentaire par exemple ne saurait permettre la cicatrisation.

Enfin, lorsque la lésion est trop étendue et dépasse l'anneau de Schröder, nous avons vu qu'elle rentre dans la quatrième catégorie de M. Doléris et doit être assimilée à la rupture de l'utérus ; elle est justiciable par conséquent de la laparotomie. Il en sera de même, si une déchirure même petite s'accompagne d'une déchirure du pédicule vasculaire ; n'y revenons point.

Lorsque des manœuvres septiques ont été pratiquées avant l'arrivée du médecin, l'infection est à craindre, et pour l'éviter il faut enlever l'utérus.

Lorsque la laparotomie s'impose, à quelle intervention faut-il avoir recours ?

La suture est difficilement praticable, car la lésion siège tout au fond du champ opératoire ; d'ailleurs elle ne met pas la malade à l'abri de l'infection si celle-ci est à redouter.

« L'hystérectomie, dit M. Sauvage, ne permet pas seulement d'enlever un organe infecté, elle permet aussi de nettoyer et de drainer plus largement toutes les cavités péri-utérines. »

Si l'état général de la malade est alarmant, ou, si l'on opère dans un milieu peu propice, on doit, d'après M. Pinard, faire le Porro.

Dans les cas de rupture de l'utérus, Varnier conseille, si l'on peut, l'hystérectomie sub-totale. Mais ici, la déchirure part du col, et l'hystérectomie totale a le grand avantage de ne point laisser le col déchiré qui, par cela même, peut être une cause d'infection. Une récente statistique de Draghiesco et Cristeanu prouverait que cette intervention n'est point aussi meurtrière que le pense M. Sauvage.

En un mot nous réservons la suture par voie vaginale à la majorité des cas : lorsque la déchirure ne saigne pas ; ces cas ne sont point rares, et la suture aura un plein succès. S'il y a hémorragie, lorsque les gros vaisseaux du paramétrium sont intacts ; enfin dans les cas où l'infection n'est pas à redouter.

OBSERVATIONS

Observation I (Traduction résumée)

(Von Schwarz, *Centralblatt für gynäkologie*, n° 2, 1892.)

Il s'agit d'une femme de 20 ans, mariée depuis huit ans. Elle fit cinq avortements, accompagnés d'hémorragie abondante. Sa sixième grossesse se termina avant terme, par l'expulsion d'un enfant mort-né. Il en fut de même une septième fois. Un an après la femme accoucha pendant le neuvième mois, d'un fœtus mort et macéré.

J'ai vu cette femme pour la première fois, le cinquième mois de sa neuvième grossesse. Son état général était faible. Le grand nombre d'avortements et de naissances prématurées de fœtus macérés, devaient indiquer systématiquement qu'il s'agissait de syphilis. Mais la malade ne présentait aucun signe de vérole.

Il fallait que la grossesse arrivât à son délai normal, et en même temps, faire en sorte que l'enfant naisse vivant. J'ai cru pouvoir réaliser ces deux choses, en recommandant à la malade le repos au lit. L'enfant fut accouché par version. Des stigmates manifestes de syphilis se reconnaissaient

sur son corps, et à ceux-ci vinrent s'associer au bout de quelques jours des plaques muqueuses de l'anus et des gomme de la peau.

Voyons comment, chez notre malade, survint, pendant l'accouchement, une rupture de l'utérus. Le travail traîna en longueur, et l'inertie utérine dont rien ne put venir à bout en était l'unique cause. Le troisième jour, la dilatation fut complète, et les membranes se sont rompues ; mais les douleurs cessèrent et l'utérus redevint flasque. Les battements du cœur fœtal se ralentissant, on se décida à faire l'extrac-tion. Le forceps glissant sur la tête non fixée, on fit alors la version. L'extraction fut facile, mais une forte hémorragie succéda à la sortie de l'enfant ; on fit la délivrance artificielle, Je laissai à la sage-femme le soin de continuer la compression de l'utérus, pour ranimer l'enfant qui était en état de mort apparente. Tout à coup, l'accouchée pousse un cri et tombe en syncope. Je cherche l'utérus ; il n'était plus à sa place, mais repoussé en haut dans l'hypogastre gauche. Il a dû se produire une déchirure de l'utérus, avec violente hémor-ragie interne. La compression de l'aorte arrêta l'hémorragie. La déchirure de l'utérus se trouvait sur sa paroi postérieure au-dessus du col ; elle mesurait 15 centimètres de long, avait une direction horizontale, et intéressait le péritoine. Le sang était répandu dans la cavité péritoniale..... Pendant deux heures entières on lutta pour sauver la vie de la femme qui se mourrait. La compression digitale de l'aorte dura une demi-heure.

La plaie de l'utérus fut suturée, puis tamponnée avec de la gaze iodoformée ; après quoi l'hémorragie s'arrêta. On fit le traitement général des grandes pertes sanguines. On

mit de la glace sur l'abdomen pendant quatre jours. La fièvre ne dépassa jamais 38° ou 38°6 et le dixième jour on a pu enlever les sutures. Les bords de la plaie étaient bien réunis, bien cicatrisés, et l'utérus en involution normale. La convalescence dura encore quelques semaines ; la malade fut examinée un an après, et on constata que l'utérus fonctionnait normalement.

Observation II (résumée).

(CHOLMOGOROFF. *Zeitchricht. f. Geburt und Gyn.*, XXXI.)

A. B..., ouvrière, admise le 30 juin 1893, à la clinique de la maternité de Moscou. A déjà eu quatre accouchements. Le premier très difficile eut lieu à la campagne et se termina par l'expulsion d'un enfant mort-né. La deuxième grossesse se termina, on ne sait pourquoi, avant terme. On dut faire une application de forceps. Le troisième accouchement fut également dystocique.

La quatrième fois, on dut avoir recours à la perforation et à la cranioclasie.

Les dimensions du bassin furent les suivantes :

Bi-trochant . . .	29 cm. 1 2	Bi-cr. . . .	26
Bi-épin. ant. . .	24 cm. .	Conj. ext. . .	18
Conjug. diagon. .	10 cm. 1/2	Conj. vrai. . .	9

On conseilla à la malade de se rendre à la clinique si elle devenait enceinte à nouveau, dans le but de faire l'accouchement prématuré. Ces recommandations lui parurent inutiles, et elle revint seulement à la fin de sa cinquième grossesse.

Celle-ci avait été normale. Le travail commença le 30 juil-

let, vers 2 heures du matin, et en même temps la femme perdit une certaine quantité de sang. A 8 heures la sage-femme de l'hôpital perce les membranes et nous envoie la malade.

A la réception on constata : une hémorragie moyenne ; un état général satisfaisant. Pouls à 72. Position longitudinale du fœtus : La tête au niveau de l'ombilic. Le toucher fait constater que le museau de tanche est complètement fermé ; le coccyx est accessible et il regarde en arrière et à gauche ; au même niveau on trouve le pied droit. L'hémorragie étant continuelle, on procède à l'extraction du fœtus. Elle est très difficile et toutes les manœuvres pour dégager la tête échouent, de sorte qu'on est obligé d'avoir recours à la trépanation. Elle est faite au moyen du perforateur de Blot, et le dégagement de la tête est alors facile.

Comme la délivrance ne se faisait pas, on introduisit la main dans le vagin et on constata une déchirure transversale du cervix. Le délivre était situé au milieu des intestins, il put être extrait avec la main.

La déchirure mesurait environ 10 centimètres et s'étendait vers le côté gauche.

Son point de départ était à 3 centimètres au-dessus de l'orifice externe.

La paroi antérieure du col et la vessie étaient divisées vers le haut. Par cette déchirure fœtus et placenta étaient passés dans l'abdomen. L'accouchement et la délivrance n'ont pas arrêté l'hémorragie qui provenait des lèvres de la déchirure.

Nous avions à choisir dans ce cas entre le tamponnement et la laparotomie. Nous devions craindre une infection intense du péritoine, puisque le fœtus avait séjourné dans l'abdo-

men et que la délivrance n'avait pas été faite avec l'asepsie rigoureuse voulue. Il serait bien difficile d'arrêter l'infection de la séreuse par la laparotomie. En nous souvenant des résultats relativement bons du tamponnement, nous avons préféré ce dernier mode de traitement, à l'ouverture de l'abdomen. Mais le tamponnement, fait même d'après les modifications de Mikulicz, n'arrête pas complètement l'hémorragie. Je me suis alors décidé, en suivant le conseil du Dr Dobrynin, à suturer la déchirure, et par une ouverture laissée à l'angle inférieur de la plaie, nous avons introduit une bande de gaze iodoformée, dans la cavité péritonéale, pour assurer ainsi aux sécrétions un écoulement libre.

Nous pensons ainsi satisfaire aux exigences de la chirurgie moderne qui veut que toute plaie récente soit suturée, et suffise en même temps à l'écoulement par le drainage de l'abdomen.

La suture fut posée en présence du Dr Dobrynin. La cavité abdominale fut lavée avec une solution d'eau boriquée chaude à 2 0/0. Après avoir introduit le miroir de Sim, et le cervix étant mis à découvert, nous avons fixé les bords de la déchirure avec les pinces tire-balles, et en nous aidant du doigt nous les avons suturés avec une longue aiguille. L'hémorragie s'arrêta aussitôt. Dans le coin gauche de la déchirure je laissai une ouverture de la largeur de deux doigts ; par celle-ci, une extrémité de la bande de gaze fut introduite dans la cavité péritonéale ; tandis que l'autre chef restait dans le vagin.

Les sutures, au nombre de dix, furent recouvertes par la gaze. La cavité utérine et le cervix furent tamponnés. Température : 38°4. Pouls : 120.

Les suites de couches n'ont présenté aucun incident. Le deuxième jour la malade a vomi deux fois, mais l'abdomen ne fut ni gonflé, ni sensible. Le quatrième jour le tamponnement fut enlevé, mais nous avons laissé la bande de gaze qui servait de drain.

L'état général pendant tout ce temps fut satisfaisant. Le dixième jour on enleva le drain, et la déchirure était cicatrisée par première intention. La cicatrice linéaire s'étend du côté gauche ; on n'a pas remarqué de signes de paramétrie. Le trentième jour la malade quitta la clinique complètement rétablie.

Observation III (traduction très résumée).

(BRANDT. Norsk. mag. f. Lægevidens K. Christiania, 1901, d'après le *Nordiskt Medicinskt. Archiv. Christiania*, 1901.)

Il s'agit d'une secundipare, qui n'a aucun rétrécissement du bassin. Les signes d'une rupture utérine menaçante apparurent, alors que l'orifice externe de l'utérus était complètement dilaté, et que la tête était au niveau du détroit supérieur. L'anneau de Schröder remontait au niveau de l'ombilic, et le segment inférieur était anormalement dilaté.

Pendant que l'on s'apprêtait aussi vite que possible à faire une application de forceps, la rupture eut lieu, suivie de collapsus et de perte de connaissance. Le poulx ne subit aucune modification appréciable.

Après l'extraction d'un enfant vivant du poids de 4.000 grammes, et la délivrance faite par expression, on examina la rupture ; on trouva une longue déchirure du vagin, en arrière

et en haut, qui s'étendait à tout l'utérus jusqu'au niveau du corps. *La déchirure fut suturée par six points profonds.*

Selon toute vraisemblance, cette déchirure devait s'étendre au ligament large droit. Le deuxième jour il y eut une légère élévation de température; *plus tard, les suites de couches furent normales.*

Observation IV

(PARSENOW. D'après la *Semaine médicale* du 22 juillet 1891.)

Le Dr Parsenow (de Stettin) fut un jour appelé auprès d'une femme qui, ayant été accouchée par la version, fut prise d'une hémorragie artérielle des plus abondantes, provenant d'une déchirure étendue du col de l'utérus. Il trouva un confrère occupé à la besogne pénible de la compression manuelle de la plaie. Dès qu'on voulait cesser la compression, un flot de sang jaillissait. Voulant procéder à la ligature des vaisseaux et à la suture de la plaie utérine, M. Parsenow s'empessa d'accrocher la portion vaginale avec des pinces à griffes et de l'abaisser jusqu'à l'orifice du vagin, manœuvre qui amena la cessation immédiate et complète de l'hémorragie. *La suture de la plaie put être faite tranquillement et à sec.* Cet effet hemostatique s'explique facilement par la torsion et la compression que les artères utérines ont subies par suite de l'abaissement forcé de l'utérus.

L'observation de notre confrère de Stettin, montre que l'abaissement artificiel de l'utérus peut être un moyen excellent et sûr pour arrêter provisoire-

ment les hémorragies provenant des ruptures du col utérin, moyen auquel le médecin s'empressera de recourir, sans perdre son temps à la compression de la plaie, compression si fatigante et seulement à moitié efficace. L'hémostase provisoire une fois obtenue de cette façon, le médecin pourra procéder à la suture de la plaie, ou bien attendre tranquillement en maintenant l'utérus abaissé, l'arrivée d'un autre confrère.

(*Presse Médicale*).

Observation V (Thèse 1905).

(VALÉRY in thèse, 1905.)

M^{me} P... du hameau de L..., commune de M... (Nièvre), est âgée de 25 ans. Elle est de taille petite (1 m. 45 à peine) mais bien proportionnée. Issue d'un père bien portant, et d'une mère morte à 55 ans d'une affection cardiaque, elle a été nourrie au sein maternel. Elle a eu ses dents assez tard, mais a marché relativement assez tôt. Réglée tard, à 16 ans, elle a vu très irrégulièrement (tous les deux ou trois mois).

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Mariée à 24 ans à un agriculteur de 26 ans, bien portant, de taille moyenne (1 m. 66), elle est devenue enceinte presque aussitôt. Dernières règles le 5 septembre 1903. Derniers rapports en avril 1904. La grossesse qui avait évolué sans incident jusqu'au huitième mois, fut marquée pendant le huitième mois, par une forte grippe qui affaiblit beaucoup la femme et qui n'avait pas cédé quinze jours avant l'accouchement.

Je fus appelé auprès de cette femme, pour la première fois,

le 1^{er} juin 1904, à 3 heures de l'après-midi. Je la trouvais très faible — le travail durant, me dit-on, depuis le matin — avec une dilatation de 2 francs, et un fœtus volumineux, vivant, engagé en O.I.D. P. et mal fléchi. Abdomen très distendu, œdème sus-pubien très marqué.

La petite taille de la parturiente, qui semblait une enfant dans son lit, son état général mauvais (pouls misérable) m'attachèrent à son chevet. Craignant une syncope qui aurait pu me forcer à intervenir avant la dilatation complète je fis une piqure de 0 gr. 30 de caféine. A 4 h. 45 dilatation de 5 francs. Nouvel état de prostration de la malade, nouvelle injection hypodermique de 0 gr. 30 de caféine. A 5 h. 20 du soir la dilatation était complète et la malade un peu remontée. La rotation se faisant longtemps attendre, la tête étant complètement descendue, je tentai de faire cette rotation de dégagement avec deux doigts, prudemment, mais sans succès. Je procédai alors à la stérilisation de mon forceps. Soudain une femme, qui assistait la malade, attira mon attention sur une hémorragie de sang noir, d'intensité moyenne, qui venait de se faire jour par la vulve. La femme en couche avait ressenti au même instant une douleur modérée, mais elle affirmait qu'elle « se sentait s'en aller », qu'elle n'avait plus de forces pour « pousser » tandis que ma main, posée sur le globe utérin, le sentait inerte.

Dix minutes d'attente me montrèrent que le travail n'avancait pas, mais que l'état général de la malade ne semblait pas avoir de tendances à empirer. J'eus l'impression néanmoins que l'utérus venait de se rompre, mais que cette rupture n'était peut-être pas complète. Une deuxième hémorragie survint, de même caractère que la première. La pâleur de la

femme s'accroissant et son pouls devenant sensiblement plus petit (P., 90), je résolus de terminer l'accouchement sans perdre une minute. Après toilette antiseptique du vagin au moyen de compresses imbibées d'une solution de biiodure, je lubrifiai vulve et vagin au moyen de vaseline mentholée stérilisée à 1 p. 60. Puis je fis une application de forceps pour effectuer la rotation, en dégager la tête en O. P. J'amenai un fœtus parfaitement vivant et robuste, n'ayant pas souffert, pesant 3.000 grammes, et qui se mit à crier tout de suite. Malheureusement le périnée, malgré toutes mes précautions, avait cédé, sans pour cela que la paroi rectale fût complètement intéressée dans la déchirure. Le cordon fut lié et la délivrance artificielle opérée aussitôt après. Après une nouvelle toilette antiseptique du vagin de la femme et de mes mains, je fis un toucher prudent et explorai, d'une façon complète, la cavité utérine. *Voici ce que je trouvai : l'utérus était déchiré sur une longueur de 15 centimètres. La déchirure verticale siégeant sur la paroi postérieure, un peu oblique en haut et en arrière, intéressait le col et le segment inférieur et une partie du corps utérin, mais passait en arrière du ligament large droit. Cette rupture n'atteignait le péritoine, tendu sur elle comme une étoffe mince, que dans le tiers supérieur de la plaie. A ce niveau la déchirure était complète, mais sur une longueur de 3 centimètres seulement, et était occupée par un caillot volumineux, chevauchant la fente péritonéale, caillot que je n'osai enlever au premier moment. Cependant il fallait adopter une ligne de conduite. Je ne possédais pas encore, à ce moment-là, un arsenal médico-chirurgical sérieux, ni la boîte auto-stérilisatrice d'urgence que je fis construire plus tard. Remarquant que l'état*

général de la femme n'était pas mauvais, je fis, néanmoins, une troisième piqûre de caféine. Puis ayant décollé et enlevé très prudemment le caillot qui oblitérait la déchirure péritonéale, j'aveuglai la rupture au moyen d'une compresse de gaze au thymol, tandis que ma main droite introduisait dans le vagin la canule d'un bock de 2 litres, qui, rempli par deux fois d'une solution chaude de biiodure, assura une large irrigation de la matrice. Ceci fait j'enlevai la première compresse, je la remplaçai par une deuxième au thymol, aseptique et fraîche, puis je procédai à un tamponnement méthodique de toute la cavité et de tout le vagin. Le pouls restant bon je crus devoir quitter la parturiente ; il était 7 h. 1/2 du soir.

Je ne me dissimulai pas, en rentrant chez moi, que le cas demeurait fort grave et que la conduite que j'avais adoptée et qui était en somme le tamponnement, n'était pas la meilleure thérapeutique des ruptures utérines. Je ne pouvais cependant songer à faire la laparotomie, d'abord parce que je n'étais pas très bien outillé, ensuite parce que je n'avais point d'aides, et que le fait d'appeler le confrère le plus voisin aurait demandé plus d'une nuit de pas et de démarches. En quoi j'eus tort, car l'intervention que je fis le lendemain, dès l'aube, avec l'aide d'un instituteur très intelligent, fut aussi difficile pour moi, et aussi pénible pour la femme qu'eût pu l'être une intervention abdominale.

Voici qu'elle fut cette intervention : enlevant une à une toutes les compresses qui emplissaient les cavités vaginales et utérines, je fis par la voie vaginale à la faveur du périnée déchiré, une suture de la solution de continuité utérine au moyen d'un surjet de catgut dont le premier nœud, véritable nœud coulant, fut fait à l'extérieur et glissé par deux

longues pinces, très péniblement, jusque dans la cavité utérine. L'index gauche restant en place, non loin de la déchirure, me servit à guider le travail d'une aiguille courbe, montée sur une longue pince à forcipressure, travail lent, patient et pénible, travail très douloureux pour la parturiente. De haut en bas ce surjet répara la solution de continuité utérine. Puis je refis un tamponnement utérin très soigneux ; je réparai la brèche périnéale, bourrai le vagin de compresses modérément serrées, donnai une injection hypodermique de sérum et quittai la malade, la laissant très abattue et très faible.

Les tampons, enlevés le lendemain, étaient très légèrement imprégnés d'un liquide incolore, sans odeur appréciable. Nouveau tamponnement, et ainsi de suite en diminuant journellement le nombre des compresses. Le huitième jour les compresses vaginales seules sont placées ; au bout de quinze jours pleins la femme était guérie et vaquait à ses occupations, sans avoir eu un degré d'ascension thermique.

Malgré l'excellent résultat, obtenu dans ce cas particulier, j'ai la conviction qu'une telle conduite ne saurait être qu'exceptionnelle. Je ne la conseille à personne, non seulement à cause des grands dangers du tamponnement, quel qu'il soit, mais encore à cause de la peine énorme que j'ai eue à suturer cet utérus par la voie vaginale. Et puis en définitive cette femme ne pourra plus procréer sans risquer de rompre sa matrice. C'est ce dont je l'ai avertie. La laparotomie suivie du Porro pourrait donc n'être que partie remise, rendant les résultats obtenus par l'intervention ci-dessus décrite, absolument négligeables.

Observation VI

(M. DOLÉRIS, *Archives d'obstét.*, février 1895.)

Avortement brusqué dans un cas d'hémorragie grave due au décollement placentaire, au cours d'une couche prolongée.

— *Incisions larges du col utérin.* (Résumée.)

La nommée B..., âgée de 23 ans, entrée le 17 décembre 1894 à la maternité de la Pitié.

Fut enceinte pour la première fois à l'âge de 18 ans.

Première grossesse. — Évolua sans complication. Après la délivrance, une hémorragie abondante se produisit, avec perte de connaissance.

Deuxième grossesse. — Une hémorragie se produisit au deuxième mois.

Troisième grossesse. — Pendant toute la durée de cette grossesse, la malade eut d'abondantes et continuelles hémorragies. Deux mois après une hémorragie particulièrement abondante, l'œuf fut expulsé.

Quatrième grossesse (gr. actuelle). — Les dernières règles eurent lieu le 11 août 1894. Au deuxième mois apparurent des hémorragies. Elles eurent lieu pendant toute la durée de la gestation, c'est-à-dire depuis le commencement d'octobre jusqu'au 2 janvier 1895, époque de l'expulsion. Elles furent peu abondantes, mais continuelles.

Le 17 décembre. — La malade fut prise de petites douleurs qui simulèrent un début de travail, si bien qu'elle se fit transporter à l'hôpital ; après son arrivée les douleurs cessèrent complètement, mais les hémorragies continuèrent,

augmentant d'abondance et se répétant à des intervalles très courts.

Le 22 décembre. — Nouvelle apparition des douleurs. Le 25 décembre examen complet de la malade.

Examen général. — Facies des grandes anémiées. Rien d'anormal du côté des organes.

Examen obstétrical. — Le fond de l'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La palpation ne distingue pas de région fœtale ; il n'y a pas de contractions utérines. On n'entend pas les bruits du cœur. Le col est légèrement ramolli, et ne présente aucun degré d'effacement.

Les jours suivants l'hémorragie continue en très faible quantité, et les contractions utérines font toujours défaut.

En présence de la continuité et de la gravité des hémorragies, de l'état anémique très grave de la malade, de l'état syncopal, de l'absence de tout travail, M. Doléris se décide à intervenir et à évacuer l'utérus.

La malade est mise en travers du lit ; on procède au lavage de la vulve, à l'injection vaginale, et sans pratiquer l'anesthésie chloroformique qui eût été dangereuse, on introduit deux valves dans le vagin ; on pince le col avec la pince de Museux, puis on le dilate avec les bougies d'Hégar ; mais ce col présente des parois rigides, très peu dilatables dans toute leur étendue, jusqu'au niveau de l'isthme, où on sent un relief saillant qui met obstacle également à la dilatation. Les bougies d'Hégar présentant un calibre insuffisant on recourt aux ballons de Barnes.

La dilatation du col est insuffisante pour donner passage au fœtus. L'orifice externe reste obstinément contracté et dur.

M. Doléris sectionne alors latéralement le col, dépassant,

dans sa section, l'insertion du cul-de-sac vaginal pour aller intéresser le col jusqu'au-dessus de l'isthme, qui est également contracté. Dans cette section, l'opérateur se tient dans le tissu utérin, évitant par conséquent l'incision du vagin, et l'ouverture des plexus veineux qui siègent au niveau du dôme vaginal. On extrait le fœtus par éviscération, et on broie la tête pour permettre son passage. On extrait le placenta. Curettage, écouvillonnage, injection intra-utérine. *On procède ensuite à la suture du col.*

Les suites de couches furent assez longues à cause de l'anémie extrême de la malade.

Observation VII (PERSONNELLE. Inédite).

Application de forceps dans l'excavation pour lenteur du travail. Œdème du col. Déchirure du col propagée au segment inférieur. Réparation par voie vaginale.

Il s'agit d'une primipare de 25 ans, exerçant la profession de lingère.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux ; mère morte d'ataxie locomotrice ; elle est fille unique.

Antécédents personnels. — Fut élevée au sein maternel ; elle ignore l'âge de ses premiers pas ; n'a jamais été malade ; elle se souvient d'avoir eu seulement une angine banale à l'âge de 7 ans. Elle fut réglée à 18 ans ; ses règles ont toujours été régulières, de moyenne abondance, et durent trois ou quatre jours.

Grossesse actuelle. — Les D. R. datent du 6 au 8 octobre. La malade a cru percevoir pour la première fois les mouve-

ments actifs du fœtus, vers le milieu du mois de février. Jusqu'à cette époque la grossesse a évolué normalement. Pendant les derniers mois la malade a eu de l'œdème au niveau des membres inférieurs, œdème qui fut surtout prononcé pendant le dernier mois, mais comme elle ne ressentait aucun malaise elle n'alla point consulter de médecin.

Accouchement. — Le 26 juillet à 2 heures du soir les premières douleurs apparaissent ; la malade se rend à la clinique à 8 heures du soir. On l'examine et on trouve une présentation du sommet engagé en O.I.D.P. Les bruits du cœur fœtal sont bons. La hauteur de l'utérus est de 37 centimètres ; il y a excès de liquide amniotique ; la dilatation est de 2 centimètres ; la poche des eaux est intacte. Les contractions sont faibles et assez espacées ; aussi la dilatation n'a fait aucun progrès pendant la nuit. Le lendemain même état ; contractions toujours très faibles, et la dilatation reste stationnaire. Vers 11 heures du soir on rompt les membranes ; le liquide amniotique s'écoule ; à partir de ce moment les contractions deviennent plus fortes, plus fréquentes et plus douloureuses ; mais malgré cela la dilatation ne progresse pas ; il y a un œdème assez considérable de la lèvre antérieure du col ; la lèvre postérieure est également épaissie. Les bruits du cœur sont bons.

Le 28 juillet matin la dilatation n'a fait absolument aucun progrès ; l'œdème a augmenté de volume. Les bruits du cœur sont bons, mais le fœtus rend un peu de méconium. La femme souffre pendant toute la journée et le soir la dilatation est de 5 francs seulement. Dans la nuit les contractions sont si douloureuses et la malade est tellement énervée qu'on lui fait une injection de morphine, et on lui donne un grand

bain d'une heure. Après ce traitement la parturiente repose un peu jusqu'au matin.

Le 29 juillet à 9 h. 1/2 M. Coudert examine la parturiente et trouve que la dilatation a progressé, il juge de pouvoir terminer l'accouchement par une application de forceps. Celle-ci est faite à 11 heures du matin. Application de forceps dans l'excavation sur une tête en D. P. Extraction d'une fille de 3.600 grammes, née en état de mort apparente, ranimée presque aussitôt. Délivrance naturelle et complète: 550 gr.

En examinant la malade on trouve par le toucher une déchirure bi-latérale du col, que le doigt peut suivre, à droite aussi bien qu'à gauche, depuis l'orifice externe jusqu'au segment inférieur, sur lequel elle empiète. Ces déchirures n'ont pas donné lieu à la moindre hémorragie, malgré leur étendue.

M. Coudert pratique alors la suture des deux déchirures; suture faite au catgut de haut en bas, par points séparés, après qu'un aide a fortement abaissé l'utérus, en appuyant sur son fond. De la gaze iodoformée est mise dans chaque cul-de-sac latéral; une mèche de gaze est introduite dans le vagin.

Les suites de couches furent très bonnes; la malade fut mise au régime lacté à cause de son albuminurie. Sa température oscilla autour de 37°, le pouls autour de 80 pulsations. Il n'y eut absolument pas de phénomènes locaux du côté de son col, et quand la malade quitta la clinique, celui-ci était complètement reconstitué, et le doigt pouvait à peine suivre la cicatrice qui était fort mince.

Observation VIII (PERSONNELLE, inédite).

La parturiente est une secundipare de 34 ans, coloriste sur papier.

Antécédents héréditaires. — Son père, journaliste, est mort à 57 ans, d'une maladie d'estomac. Sa mère, âgée de 60 ans, est bien portante. La parturiente est fille unique.

Antécédents physiologiques. — Elle fut nourrie au sein par sa mère pendant plus de dix-huit mois, elle croit avoir marché à l'âge de 1 an; aucune maladie n'est venue interrompre sa marche. Elle a été réglée à 12 ans 1/2; ses règles furent toujours régulières, non douloureuses, de trois à quatre jours de durée, et de moyenne abondance.

Antécédents pathologiques. — Elle fit de nombreuses maladies dans son enfance :

Scarlatine à 6 ans; Fièvre typhoïde à 7 ans; Fluxion de poitrine à 10 ans; Rougeole à 14 ans.

Un peu plus tard à 16 ans, survinrent des troubles quelque peu singuliers : la malade dit avoir été prise de douleurs violentes dans le membre inférieur droit, après une longue marche; ces douleurs présentèrent parfois des périodes d'exacerbation la forçant à garder le lit, ou des instants de rémission; mais elles ne cessèrent jamais complètement pendant sept années; après ce temps elles disparurent tout à fait, laissant toutefois une ankylose partielle de la hanche, ce qui limite beaucoup les mouvements d'abduction du côté droit.

Grossesse et accouchement antérieur. — La parturiente a eu une seule grossesse antérieure, menée à terme; l'accouche-

ment eut lieu le 6 janvier 1906. Au cours de cette grossesse la malade dit avoir été très fatiguée; plusieurs hémorragies survinrent : la première vers le cinquième mois; la deuxième vers six mois et demi; et la dernière six semaines environ avant l'accouchement.

Au moment de son accouchement seulement, les urines furent analysées à l'hôpital Boucicaut, et furent trouvées albumineuses. On soumit la malade au régime lacté pendant les suites de couche.

Le travail de cet accouchement fut lent et douloureux; la parturiente dit avoir eu les grandes douleurs pendant trois jours entiers. Elle passa les deux premiers jours chez elle; mais le troisième jour, la sage-femme qui la soignait la fit conduire à l'hôpital Boucicaut le 5 janvier 1906, à 2 heures du matin. On diagnostiqua une présentation du siège. A 10 heures du matin, les douleurs étant toujours très violentes, l'accoucheur intervint. Il fit très probablement une dilatation manuelle, car la malade se souvient très bien avoir senti les doigts de l'opérateur essayer de dilater le col utérin; c'est ce qu'elle appelle avoir été déchirée; la poche des eaux rompue artificiellement, rien ne s'opposa plus à l'expulsion du fœtus qui eut lieu à 10 h. 30 du matin.

Ce fœtus présentait toute une série de malformations :

1° Une bosse volumineuse occupant la région frontale antérieure; cette bosse n'ayant pas du tout diminué de volume dans la suite, on peut penser à une encéphalocèle;

2° Main droite en griffe;

3° Membre inférieur droit plus court que le gauche;

4° Crâne volumineux;

5° Perforation palatine;

6° Cou dévié ; la tête très inclinée à droite.

L'enfant fut allaité artificiellement par sa mère ; il prena à peine quelques cuillerées de lait toutes les deux heures, il se cachectisa bientôt, puis apparurent des crises convulsives qui se multiplièrent, de telle sorte que l'enfant en avait parfois quatorze ou quinze dans une même journée.

C'est dans une de ces crises qu'il mourut à l'âge de 6 mois à l'hôpital des Enfants-Malades. Il n'avait jamais manifesté la moindre intelligence.

Grossesse et accouchement actuel. — Le père est le même pour les deux enfants ; il exerce la profession d'imprimeur, 27 ans.

Les dernières règles datent du 13 juin. Les mouvements actifs sont apparus vers la fin d'octobre.

La malade est entrée au dortoir le 18 mars ; ses urines renfermant de l'albumine, elle fut mise au régime lacté. Durant toute sa grossesse elle ne ressentit jamais aucun malaise ; elle put travailler chez elle jusqu'à son entrée à l'hôpital (18 mars). On fit le diagnostic de bassin rétréci, d'origine rachitique.

Squelette. — Le squelette est petit ; la colonne lombaire légèrement incurvée. Le maxillaire inférieur est saillant.

Bassin. — Par le toucher on arrive sur le promontoire, haut placé, mais saillant : P. s. p. : 11 centimètres. Il existe un faux promontoire sacré : la branche horizontale du pubis présente une saillie postérieure.

Ventre. — La paroi abdominale est éventrée ; le ventre se présente en obusier.

Indépendamment du système osseux, peu de choses à signaler ; pas d'ordène malgré l'albumine ; varices assez développées.

La hauteur de l'utérus est de 37 centimètres.

Histoire de l'accouchement. — Le 1^{er} avril, à midi, la malade entre à la salle de travail ; les douleurs avaient débuté le 1^{er} avril à 11 heures du matin. — A l'entrée de la salle de travail, la dilatation était environ de 2 francs. Les contractions violentes se reproduisaient toutes les huit à dix minutes, et la dilatation n'avancait pas. La nuit ne modifia rien à cet état.

Le lendemain matin 2 avril, à 10 heures, M. Coudert examine la malade ; il rompt la poche des eaux. Lors de sa visite M. le Dr Lepage voit aussi la malade, qui ne lui produit pas une bonne impression. Les bruits du cœur sont à 130, bien frappés.

A midi 1/2, les douleurs étaient violentes et la dilatation de 5 francs. La paroi abdominale déjà très tendue entre les contractions, devient extrêmement résistante lorsque celles-ci ont lieu. La femme se plaint beaucoup, et répète sans cesse qu'elle n'accouchera pas seule. Vers 4 heures les contractions s'espacent un peu plus, la parturiente tombe dans une demi-somnolence. Les bruits du cœur sont toujours satisfaisants. Mais la dilatation n'avance que très lentement ; à 5 heures elle a les dimensions d'une petite paume de main. M. Coudert, lors de sa visite, reste quelque temps auprès de la malade et recommande de tenir un forceps prêt.

De 8 heures à 10 heures du soir nouvelle période douloureuse ; contractions presque continues. De 10 heures du soir à 1 heure du matin nouveau repos ; puis violentes contractions jusqu'à 5 heures du matin. A partir de 2 heures du matin, le fœtus commence à perdre un peu de méconium ; il en sera ainsi jusqu'au moment de l'intervention,

A 8 h. 30 du matin M. Coudert revoit le malade ; il ausculte et trouve que le cœur foetal s'est très légèrement ralenti ; au toucher il constate que la dilatation n'est pas encore complète ; il reste en arrière et en avant des parties non effacées. La région de la paroi abdominale avoisinant la symphyse pubienne et la racine des cuisses sont extrêmement violacées. M. Coudert fait tout préparer, en vue d'une symphyséotomie. La température de la malade est à ce moment de 37°6.

A 10 heures, le Dr Lepage pratique la symphyséotomie. Après ouverture de la symphyse, la plaie est tamponnée de façon à arrêter une hémorragie en nappe qui se produit. Première application de forceps sur un foetus en O.I.G.T. La prise est un peu oblique ; une deuxième application extrait un enfant de 4.080 grammes, rapidement ranimé. Cet enfant a une tête volumineuse, très ossifiée, et qui malgré la longueur du travail n'a subi aucune déformation plastique. Il présente sur le pariétal gauche, en arrière et en bas, un enfoncement dû probablement à la pression de l'angle sacro-vertébral. La délivrance artificielle est faite. Le placenta pèse 690 grammes et présente quelques cotylédons hypertrophiés. Les membranes sont complètes ; le cordon a 66 centimètres de long, et s'insère à peu près au centre. On donne une injection utérine à l'eau bouillie chaude, et on fait un tamponnement utérin à la gaze iodoformée.

Par le toucher manuel on sent un volumineux hématome sur la paroi antérieure de l'utérus, et deux déchirures du col qui divisent celui-ci en deux valves, une antérieure plus petite, une postérieure plus large. Ces déchirures remontent au-dessus des culs-de-sacs vaginaux, et atteignent le segment

inférieur. Les parois vaginales étant écartées, au moyen de valves, on pratique au catgut la suture de la déchirure latérale droite, en points séparés ; on fait un tamponnement du cul-de-sac vaginal droit, à la gaze stérilisée. On suture de même la déchirure latérale gauche, et on tamponne ensuite le cul-de-sac correspondant, puis le vagin.

On suture ensuite au catgut une lésion superficielle de la région clitoridienne et de la grande lèvre gauche. On procède ensuite à l'occlusion de la plaie symphysienne, au crin, après détamponnement. Une hémorragie veineuse se produit, et nécessite un nouveau tamponnement, modérément serré. On fait le pansement. La malade est sondée ; on ne retire que qq. gouttes d'urine légèrement sanguinolente.

Pendant l'intervention la malade a eu une injection sous-cutanée d'ergotine, après l'intervention on lui fit une injection de caféine, et 1 litre de sérum de Hayem, dans la journée, à plusieurs intervalles. Le poulx bat à 88 pulsations.

Durant les quatre jours qui suivirent l'opération il n'y a rien de particulier à signaler dans l'état de la malade. La température oscilla autour de 37° et le poulx battit à environ 90 pulsations. Les mèches furent enlevées le quatrième jour.

Le 8 avril la plaie de la symphyse suppure. La température est de 38°. Le poulx à 100 pulsations. On purge la malade ; elle va mieux les jours suivants.

Le 12 avril la malade s'alimente ; elle se sent mieux ; la température est de 36°6 ; le poulx bat à 88 pulsations.

A ce moment, par le toucher on sent que les plaies cervicales sont complètement cicatrisées. Leur cicatrisation se fit normalement, et à aucun moment des symptômes locaux n'ont attiré l'attention sur les grandes déchirures du col.

CONCLUSIONS

I. — Les déchirures du col propagées au segment inférieur relèvent de causes non traumatiques ou de causes traumatiques ; parmi les premières les plus intéressantes appartiennent à l'œdème et à la syphilis du col, aux cicatrices dues à d'anciennes déchirures ; ces différents états pathologiques peuvent se rencontrer parmi les causes traumatiques, puisqu'ils commandent bien souvent une intervention. Comme exemples, donnons les applications de forceps, faites lorsque le col est œdémateux.

II. — De tous les modes de traitement, la suture par le vagin paraît être l'intervention de choix. Elle offre des avantages incontestables :

1° Si la lésion n'est pas trop étendue, elle est, malgré ce que l'on a dit, d'exécution facile ;

2° Lorsque la plaie saigne, ce qui n'est pas constant, elle arrête l'hémorragie ;

3° Associée au drainage, elle peut limiter l'infection, lorsque cette complication survient ;

4° Elle a sur tous les autres traitements une supériorité évidente si l'on envisage l'avenir de la femme:

a. — La cicatrice chirurgicale, laissée par la suture, aura moins de chances de gêner la dilatation, dans les accouchements ultérieurs, que celle qui résulte de la réparation des tissus abandonnés aux caprices de la nature ; dans ce cas la cicatrice peut être proliférante.

b. — En rendant au col sa forme normale, la suture met la femme à l'abri des complications gynécologiques.

III. — Elle ne saurait être, cependant, appliquée à tous les cas. Lorsque l'hémorragie est très abondante (quand elle dépend, par exemple, de la déchirure du pédicule vasculaire) ; — lorsque la lésion atteint et dépasse la zone de contraction ; — enfin quand des manœuvres septiques ont été pratiquées pendant l'accouchement ou la délivrance — il faut avoir recours à la laparotomie.

Vu : le Président de la thèse,

PAUL BAR

Vu : le Docteur

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1870. JOLLY. — Thèse. Ruptures de l'utérus.
1875. BANDL. — Ueber rupturen der Gebärtmutter.
1876. BUDIN. — *Progrès médical*.
1877. — *Thèse d'agrégation*.
1883. BAR. — *Thèse d'agrégation*.
1885. CHAMBRELENT. — Société de méd. et de chirur. de Bordeaux.
1886. BAR. — *Thèse d'agrégation*.
VARNIER. — *Annales de gynécologie* (Col et segm. inf.).
1887. RÉMY. — *Revue médicale de l'Est* (Nancy).
VARNIER. — *Annales de gynécologie*.
1888. DEMELIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 40-314-431.
— *Thèse de doctorat* (segm. inf.).
VARNIER. — *Annales de gynéc.* Paris, 1887.
BAR. — Notes d'obstétrique. Paris, 1889.
1889. P. HORROCK'S. — *Transactions of the obstet. soc. of London*, XXXI, p. 228.
PASCAULT. — *Th. de Paris*.
1890. DOLÉRIS. — *N. Arch. d'ostétr. et de gyn.*, 369-379.
GUIBERT. — *Gazette heb. d. sc. méd. de Montp.*, 276-277.
PORACK. — *J. de méd. de Paris*, 483-487.
THIERRY. — *Bull. Soc. de méd. de Rouen*, 66.

- 1891.** BLANC. — Rigidité syphil. du col. *Thèse Paris.*
BONNAIRE. — *Archiv. de tocologie*, 1891.
FRAISSE. — *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, fév. 1892.
LABORDE. — Des hémorrag. par déchir. du col après accouch. *Th. Paris.*
LUGEOL. — *Journal de méd. et de chirurgie de Bordeaux.*
MAYGRIER. — *Semaine méd.*, 1891.
PARSENOW. — *Semaine médic.*, 22 juillet 1891.
VARNIER. — *Revue pratique d'obstétr. et d'hyg. de l'enfance.* Paris, 1891.
- 1892.** SCHMAUSS (SCHWARZ). — *Centralblatt für Gynækolog.*, n° 2, page 28-31 (Uterus-rupturen).
TARNIER. — *Journal des Sages-femmes.*
- 1893.** FRAISSE. — *Nouv. arch. d'Obst. et de Gynéc.*
MAYGRIER. — Leçons d'Obstétr. (recueillies par M. Demelin).
- 1895.** CHOLMOGOROFF. — *Zeichfricht f. G. und Gynæk.*, XXXI, p. 89.
DEMELIN. — *Revue d'Osbt. interne de Toulouse.*
DOLÉRIS. — *Nouvelles arch. d'Obst. et de Gynéc.*, février 1895.
FRISTCH. — *Semaine médicale.*
TAURIN. — Rétrécissement cicatriciel du col au point de vue de l'accouchement.
- 1896-97.** CLAPPERTON. — Laceration of the cervix uteri Detroit.
MARTIN. — *Normand. méd.*, Rouen, 461.
- 1897-98.** AUDEBERT. — *Annales de Gyn. et d'Obstétr.*, 20-51.
— *Gazette hebd. des hôpit. de Paris*, 757.
— *Journal de méd. de Bordeaux*, 445.
BONNAIRE. — *Arch. de Toc. et de Gyn.*, 764.
DEMELIN. — *Obstétrique*, 1898.
FIEUX. — *Revue pratique d'Obst. et de pædiatrie.*
- 1898-99.** BAR. — *Société d'Obstétr. de Paris*, 1899.
CORINEAUD. — *Th. de Bordeaux*, 1899.
FUNCK-BRENTANO. — *Rev. prat. d'Obst. et de Pædiatrie.*

- 1898-99. LEBIGUT. — Chancre syphil. et accouchement.
LE CLÈRE. — Ruptures utérines incompl. *Thèse Paris*.
SAÏAS. — De la métrite du col consécut. à sa déchirure. *Thèse Paris*.
1900. BLASART. — Ruptures incompl. *Thèse Paris*.
DE BELVAL. — Dystocie par rigidité anatom. *Thèse Paris*.
CHALEIX-VIVIÉ. — *J. de méd. de Bordeaux*, 14-15.
— *Rev. mens de Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux*, 73-78.
— Inocuité de l'amput. du col relat. aux accouch. ult. (*Rev. mens de gyn. Obst. et Pæd. de Bordeaux*, 405-416).
COMMANDEUR. — *Obstétrique Paris*, 1900, 311-325.
DEMELIN. — *Obstétrique d'urgence*.
DOLÉRIS. — *Gynécol.*, Paris, 1900, 192-147.
GODART. — Déch. prof. du vagin et du col ut. lors de l'accouch. *Policl. Brux.*, 1900, 187.
MAYGRIER. — *Rev. médic. de Montréal*, 292-293.
WENDEL. — A contribution to the treatment of rupt. of the vagin. operat. *Med. Rec. N.-Y.*
1901. BRANDT. — Ruptura uteri. Tang. Sutura rupturæ fra vagina af. *Norsk f. mag. f. Lægevidensk.* Christiania, 284-287.
CHALEIX-VIVIÉ. — Un cas de chancre syphil. du vagin chez f. enceinte. *Journal des sages-femmes*, 227-229.
HAZARD. — Rigidité du col de l'ut. en dehors de celles occasionne. par tumeur. *Th. Paris*.
KLIEN. — *Arch. f. græk.* Berlin, 1901, 193.
LEPAGE. — *Soc. d'Obstr.*, 1901.
TARNIER et BUDIN. — Tome III.
TERZAGHI. — Hémorrhagia post-partum de laceraz. del collo.
VARNIER. — *Congrès de Nantes*.
MAYGRIER. — *Arte obstetr. de Milano*, 103.
1902. BRINDEAU. — *Soc. d'Obst. de Paris*, 1902.

1902. BRINDEAU. — *Soc. Obstétr. de France.*
DRAGHIESCO et CRISTEANN. — Statist. sur trait des rupt.
ut. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1902, 103-
141.
FÉROUELLE. — *Thèse Paris.*
SAUVAGE. — *Thèse Paris.*
1903. BAR. — *Société Obstétricale de France.*
BUDIN. — *Journal des sages-femmes.*
FIEUX. — Étude sur la muscul. du col de l'utérus,
Annales de Gyn. et d'Obst.
FRAISSE. — *Revue d'Obstétrique et de Gynéc.*
GROSSE. — *Compte rendu de la Soc. d'Obs. et de Gyn.*
KIPPIOL. — Accouch. par surprise.
LEPAGE. — *Compte rendu de la Soc. de Gyn. et Pæd.*,
103-141.
— *Revue générale de clinique et de thérapeuti-*
que.
PASSENAUD. — Rupt. du col de l'ut. *Th. Paris.*
1904. COUVELAIRE. — *Revue prat. d'Obs. et de Pæd.*, 300-
311-353.
BUDIN et DEMELIN. — Manuel d'accouchement et
d'allaitement.
LIVON. — Rupt. de l'ut., gross. et accouch. conséc
Th. Paris.
PINARD. — *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 129-139.
RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'Obsté-
trique.
DE SEIGNEUX. — *Revue médicale de la Suisse Ro-*
mande. Genève.
ROMME. — *Presse médicale.*
1905. BAR. — *Société Obstétricale de France.*
BRINDEAU. — *Société Obstétricale de France.*
DOLÉRIS. — *Compte rendu Soc. d'Obst., de Gyn. et*
Pæd., 53.
LÉOPOLD. — *Gynécol. de Paris*, 97-105.
LEVEZ. — Contribut. à l'étude des ruptures. *Th.*
Nancy, 1905.

- 1905.** POLLACK. — *Annales de Gyn., Obst.* (dilat. du col), 660-671.
VALÉRY. — Ruptures de l'utérus. *Thèse Paris.*
- 1906.** BRINDEAU. — *Bullet. de Soc. d'Obst.*, 20-22.
BOISSARD. — De la dilat. rapide et forcée du col pend. gross. et travail, P, 1906, O, 99 p. *Th. Paris.*
DE LA COSTE. — Hémorr. qui ont leur source en dehors de la cavité utér. après accouch.
HARTMANN. — Dilat. du col. *Ann. de Gyn. et d'Obst. Th. Paris.*
KANSANSKY. — Atrésie cicatric. du col, consécut. à l'accouch. *Th. Paris.*
MATHEZ. — Des résultats éloignés de la stomatopl. par évidem. commiss. du col. *Th. Paris.*
PERRET. — *Obstétrique*, 154.
- 1907.** BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
BRINDEAU. — *Société d'Obstétrique de Paris.*
POZZI (1905-1907). — *Traité de gynécologie.*
- 1908.** WALLICH. — *Annales d'Obstétrique et de Gynécologie* (mars).

